WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC — KWIECIEŃ

ROK VIII 1937 NUMER 2

Prof. dr G. DOMAGK. Laboratorium I. G. Farbenindustrie, Elberfeld.

PRZYCZYNEK DO CHEMOTERAPII ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr. 7).

Prontosil jest to chlorowodorek 4-sulfo-amido-2', 4'-dwuamino-azobenzolu. Pod względem fizycznym jest to czerwony krystaliczny proszek, rozpuszczający się w zimnej wodzie do 0,25%; temp. topnienia wynosi 247 — 251°; w ciepłej wodzie Prontosil rozpuszcza się nieco łatwiej.

Nieszkodliwość preparatu wynika z następujących danych toksykologicznych:

Przy podawaniu do wewnątrz (za pomocą zgłębnika) dawka 0,5 g na kg wagi myszy lub królika nie wywołuje żadnych objawów chorobowych; po dawce 0,5 g na kg wagi koty wymiotują, natomiast 0,2 g znoszą doskonale.

Podskórne wstrzyknięcie 1,0 g na kg wagi myszy nie wywołuje żadnych objawów.

Dożylne wstrzyknięcie 0,05 g na kg wagi myszy również nie wywołuje żadnych objawów chorobowych.

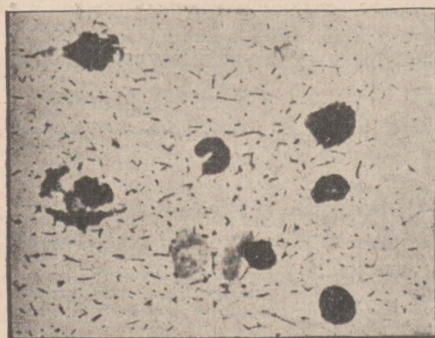
Najmniejsza dawka śmiertelna przy stosowaniu dożylnym wynosi dla myszy 0,075 — 0,1 g pro kg wagi.

W doświadczeniach dotyczących przyzwyczajenia można było podawać doustnie codziennie po 0,2 g na kg wagi królika w ciągu 10 dni bez wywołania zmian w składzie krwi i bez wystąpienia składników patologicznych w moczu (z wyjątkiem ukazania się samego barwnika). Waga zwierząt oraz ich stan ogólny pozostawały bez zmiany.

Z farmakologicznego punktu widzenia Prontosil jest związkiem zupełnie obojętnym. Nawet szybkie dożylne wstrzyknięcie 10 mg Prontosilu na kg wagi nie wywołuje u kotów i królików żadnych zmian w ciśnieniu krwi i czynności serca. Również i gładkie mięśnie macicy oraz kiszek grubych i cienkich, poddane

badaniu zarówno w stanie izolowanym jak in situ, nie reagują wcale na działanie Prontosilu. Przy podskórnych wstrzykiwaniach Prontosilu w dawkach do 1 g pro kg ani razu nie stwierdzono żadnego szkodliwego wpływu na zwierzęta doświadczalne. Wstrzykiwania dożylne nie wywołują miejscowych zakrzepów i wcale nie uszkadzają naczyń. Pod względem chemoterapeutycznym Prontosil odznacza się swym działaniem leczniczym na posocznicę paciorkowcową u myszy.

Domagk korzystał w swoich doświadczeniach z bardzo złośliwego szczepu paciorkowca hemolitycznego, pochodzącego od człowieka chorego na posocznicę paciorkowcową. Bakterie hodowano na bulionie z jajek. Z 24 godzinnej hodowli wykonywano rozcieńczenia 1:1000, 1:5000, 1:10.000 i 1:100.000. Przy stosowaniu dootrzewnym wystarczała przeważnie dawka 0,3 cm³ rozcieńczenia 1 : 10.000, aby zabić mysz w ciągu 24 godzin. Dla badań doświadczalnych zakażano zwykle zwierzęta dawką 10 razy większą niż dawka śmiertelna, tak że wszystkie zakażone i nieleczone zwierzęta kontrolne ginęły bez wyjątku z powodu rozwijającej się posocznicy w ciągu 24, a najpóźniej 48 godzin. U chorych zwierząt można było już w 1 lub 2 godziny po zakażeniu wykazać obecność paciorkowców chemolitycznych we krwi serca i we wszystkich prawie narządach. Do podskórnego i doustnego leczenia zakażonych myszy stosowano Prontosil w 0,5%-owym roztworze, przy stosowaniu zaś dawek większych 1 — 4%, podawano preparat w zawiesinie wodnej. Dla jednorazowej kuracji wystarcza jako prawidło 10 — 50 część tolerowanej dawki, aby osiągnąć wyraźne działanie lecznicze. Jeżeli zakażone zwierzęta w ciągu 3 — 5 dni po zakażeniu leczono dalej dawkami wynoszącymi 1/10 — 1/50 dosis toleratae, to większość zwierząt powracała do zdrowia, czyli że Prontosil umożliwiał przezwyciężenie bezwzględnie śmiertelnego zakażenia. W poszczególnych przypadkach nawet 1/100 — 1/500 dosis toleratae przeja-



Mysz dootrzewnowo zarażona paciorkowcami. Rozmaz z jamy brzusznej w 24 godziny po zakażeniu. Powiększenie 1 : 970. Bardzo liczne paciorkowce i rozpadłe komórki w wysięku otrzewnym.



Mysz zakażona dootrzewnowo taką samą dawką jak mysz z rys. 1. Rozmaz otrzewnowy również w 24 godziny po zakażeniu. Zwierzę w godzinę po zakażeniu zaczęto doustnie leczyć Prontosilem (4% 1 cm³). Powiększenie 1 : 970. Paciorkowców nie stwierdza się wcale.

wiała wyraźne działanie lecznicze: dotyczyło to zwłaszcza tych przypadków, w których zakażenie nie przebiegało tak ostro i wszystkie zwierzęta kontrolne wprawdzie ginęły, lecz dopiero później niż po 24 — 48 godzinach.

Najbardziej przekonywującym dowodem leczniczego działania Prontosilu jest badanie rozmazów otrzymanych z jamy brzusznej zakażonych zwierząt. W 24 godziny po zakażeniu stwierdza się na rozmazach jako skutek leczenia Prontosilem jeszcze poszczególne leukocyty, powiększone monocyty i nieliczne limfocyty,—ziarenkowców jednak, nawet umieszczonych śródkomórkowo, już nie znajdujemy. W 48 godzin po zakażeniu widzimy na preparacie przeważnie limfocyty i jedynie pojedyncze duże monocyty z wodniczkami, wskazującymi na odbywające się procesy fagocytarne. Wszystkie zwierzęta zakażano jednakowo dawką 0,3 cm^3 24-godzinnej hodowli paciorkowcowej na bulionie z jaj. Spośród nie leczonych zwierząt kontrolnych po 48 godzinach ani jedno nie pozostało przy życiu, tak że z tego materiału nie można było już dokonać porównawczych rozmazów. Przy badaniu narządów nie leczonych zwierząt kontrolnych stwierdza się w wątrobie, śledzionie, nerkach, krwi (w sercu) i licznych innych narządach typowe oznaki ciężkiego zakażenia ogólnego: skupienia bakteryj w powiększonych śródbłonkach wątroby i śledziony, w kłębuszkach nerkowych, w mięśniu sercowym, nacieczenia leukocytarne w różnych narządach oraz liczne rozpadłe ciałka białe w miąższu śledziony. U zwierząt pomyślnie leczonych Prontosilem, nie stwierdzono żadnej z powyższych patologicznych zmian tkankowych o ile leczenie rozpoczynano dostatecznie wcześnie i stosowano odpowiednie dawki. W podobny sposób reagowały myszy, które zakażano innymi szczepami paciorkowców, np. pochodzącymi od chorych na różę. Również przy przewlekłych zakażeniach paciorkowcowych u królików, przebiegających z obrzmieniami stawów a czasem i z zapaleniem wsierdzia, autor osiągał zasługujące na uwagę wyniki lecznicze, zwłaszcza przy stosowaniu doustnym dużych dawek po 100 — 150 mg. Bardzo wychudzone chore zwierzęta z wielkimi ropnymi obrzmieniami stawów przeważnie już po kilku wstrzyknięciach poprawiały się wyraźnie; obrzmienia stawowe zmniejszały się, a waga zwierząt szybko się zwiększała. Pomyślne działanie lecznicze Prontosilu stwierdzono również przy gronkowcowych zakażeniach królików; w przypadkach zakażeń gronkowcowych o ostrym przebiegu z ropniami w nerkach i mięśniu sercowym, ropnie pod wpływem Prontosilu zmniejszały się i wykazywały skłonność do wytwarzania blizn i gojenia się. W przypadkach przewlekłych zakażeń gronkowcowych, przebiegających z obrzmieniami stawów, Prontosil również wpływał dodatnio na ropnie stawowe. Pytanie, czy Prontosil w tkankach działa na zarazki chorobotwórcze bezpośrednio, czy też pośrednio, nie jest jeszcze obecnie rozstrzygnięte. W każdym razie zasługuje na uwagę fakt, że w doświadczeniach in vitro Prontosil ani na paciorkowce ani na gronkowce żadnego szczególnego działania nie wywiera. Prontosil, jako prawdziwy środek chemoterapeutyczny, działa tylko w żywym ustroju.

Dr W. SCHMIDT, Halle n. S.

SPOSTRZEŻENIA PRAKTYCZNE NAD DZIAŁANIEM NOWEGO ŚRODKA DEZYNFEKCYJNEGO ZEPHIROLU.

(Referat według Med. Welt. 1935, Nr. 29).

Autor stosuje roztwór Zephirolu w praktyce położniczej i ginekologicznej już prawie od roku. Przy odkażaniu Zephirolem rękawiczek śliska spoistość preparatu, zbliżona do mydła, ułatwia w znacznym stopniu nakładanie rękawiczek. Z instrumentami postępuje się w praktyce pozazakładowej tak samo jak z rękawiczkami. Po wyjęciu instrumentów z roztworu Zephirolu nie trzeba spłukiwać ich gotującą się wodą, lecz można je odrazu wysuszyć. Instrumenty wyglądają potem jak świeżo poniklowane, podczas gdy po użyciu innych środków dezynfekcyjnych instrumenty pokrywały się jakby tłustym lub mydlanym nalotem i trzeba było przed wysuszeniem spłukać je jeszcze wrzącą wodą.

Następnie autor stosował Zephirol w różnych stężeniach dla celów klinicznych w godzinach przyjęć. Jedna z cennych zalet preparatu polega na zupełnym braku własności drażniących w stosunku do błony śluzowej pochwy i skóry. Przy nieżytach pochwy, wywołanych przez zakażenie trichomonadami, autor wycierał pochwę nie 1%-owym roztworem sublimatu lecz 10%-owym roztworem Zephirolu. Działanie lecznicze Zephirolu okazało się znacznie silniejsze niż działanie sublimatu. Tolerancja Zephirolu była doskonała, nie wywoływał on żadnych objawów podrażnienia, jak palenie itp. W kilku przypadkach ropnych zakażeń skóry sromu autor po otworzeniu pincetą pęcherzyków ropnych stosował pendzlowania 10%-owym roztworem Zephirolu; wyniki były wprost znakomite. Przy niewielkich otworzonych ropniach gruczołów piersiowych autor wlewał do jamy ropnia kilka cm^3 10%-owego roztworu; ropnie goiły się następnie z zadziwiającą wprost szybkością, wydzielina rany była minimalna, a wyraźniejszego ropienia w ogóle nie było. Objawów podrażnienia lub martwicy tkanek Zephirol nie wywołuje.

Poza tym *Schmidt* stosował nierozcieńczony 10%-owy roztwór Zephirolu do wycierania nadżerek części pochwowej; wyniki lecznicze były nadzwyczaj pomyślne: szybkie wyleczenie, brak objawów podrażnienia. Również i przy płukaniach większymi stężeniami Zephirol ani razu nie wywołał żadnych uszkodzeń błony śluzowej pochwy. Pacjentki nigdy się nie skarżyły na żadne przykre objawy podrażnienia, jak zapalenie itd. Najodpowiedniejsza dawka dla płukania pochwy wynosi około 2 łyżeczek od herbaty na 1 litr wody. Na uwagę zasługuje tu również okoliczność, że Zephirol wyróżnia się przyjemnym zapachem i jest z tego względu bardzo miły w użyciu.

Dr E. ANSELM. Klinika Ginekologiczna Uniwersytetu w Jenie.

NASZE SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM PRONTOSILU W GORĄCZCE POŁOGOWEJ.

(Referat według Dtsch. med. Wschr., 1935, Nr. 7).

Dwie młode kobiety przybyły do kliniki z objawami posocznicy paciorkowcowej po poronieniu. U jednej stwierdzono jako powikłanie rozległy okołomaciczny wysięk z ropniem w jamie Douglasa oraz obustronne ropnie jajowodowe wielkości pięści. Z materiału pobranego z jamy macicznej wyhodowano paciorkowce hemolityczne. Obie kobiety leczono wyłącznie Prontosilem *) — pomijając chwilowe stosowanie naparstnicy. Już po pierwszym wstrzyknięciu u obu pacjentek gorączka się obniżyła i stan ogólny poprawił się. Stan zupełnie bezgorączkowy osiągnięto po 6 wstrzyknięciach Prontosilu. Obie kobiety wypisały się z kliniki jako zupełnie wyleczone. U chorej z obustronnym ropniem jajowodów i ropniem w jamie Douglasa dokonano opróżnienia ropnia w jamie Douglasa, po czym 14-dniowe leczenie zachowawcze za pomocą Prontosilu wystarczyło do całkowitego ustąpienia sprawy zapalnej w przydatkach. Prontosil stosowano z powodzeniem również w zakażeniach mieszanych (paciorkowcowo-gronkowcowych) macicy połogowej. 25-letnia kobieta w ciąży przybyła do kliniki z wysoką gorączką z powodu będącego w toku poronienia (w 3. miesiącu); pod wpływem środków wzmagających skurcze maciczne nastąpiło samoistne wydalenie płodu i łożyska. Natychmiast wstrzyknięto chorej Prontosil; wieczorem tego samego dnia oraz na drugi i trzeci dzień dokonano jeszcze trzech wstrzykiwań. W 4. dniu gorączka opadła i więcej już się nie podniosła. Dwie inne położnice z czystym zakażeniem gronkowcowym, które urodziły przed tygodniem w domu, poddano w klinice leczeniu Prontosilem; poza tym otrzymywały one środki nasercowe, preparaty sporyszu i przysadki. Prontosil wstrzykiwano 1 — 2 razy dziennie. Jedna pacjentka przestała gorączkować już na 4. dzień, tak że wydawało się, iż dla dalszego leczenia wystarczy stosowanie doustne 3 razy dziennie po 1 tabletce. Wobec tego jednak, że wieczorem następnego dnia ciepłota znowu podniosła się do 40° wznowiono natychmiast wstrzykiwania Prontosilu. Po 3 dniach gorączka opadła już ostatecznie. Dla wszelkiej pewności pacjentce wstrzykiwano Prontosil jeszcze przez 6 dni. U drugiej pacjentki stwierdzono podczas przyjęcia rozległy wysięk okołomaciczny. Również i ta chora otrzymywała codziennie wstrzykiwania Prontosilu; przy gorączce powyżej 38° wstrzykiwano dwa razy dziennie. Gorączka opadła po 7 dniach leczenia. Ze względu na przeprowadzane leczenie Prontosilem ograniczono się w stosunku do wysięku okołomacicznego do postępowania zachowawczego; wysięk cofnął się po 14 dniach.

Przekonawszy się o pomyślnym wpływie Prontosilu na przebieg gorączki połogowej autor leczył następnie tym preparatem wszystkie przypadki gorączki

*) Prontosil stosuje się obecnie wyłącznie domięśniowo (ampułki po 5 cm^3).

połogowej; leczenie rozpoczynano natychmiast po przyjęciu chorej na klinikę, nie tracąc czasu na przeprowadzanie dokładnych badań bakteriologicznych. W ten sposób wypróbowano Prontosil jeszcze na 13 gorączkujących położnicach. Wyniki okazały się bardzo dobre. W poszczególnych przypadkach autor postępował w ten sposób, że przy lżejszym przebiegu choroby wstrzykiwał Prontosil codziennie, po czym w 2. lub 3. dniu gorączka opadała. Przy wysokiej gorączce i złym stanie wstrzykiwano odrazu 2 razy dziennie; stan bezgorączkowy osiągano przeciętnie po tygodniu. Dla wszelkiej pewności nie przerywano jednak kuracji, lecz jeszcze przez kilka dni wstrzykiwano nadal Pacjentkom lżej chorym podawano w dalszym biegu leczenia 3 razy dziennie po 1 tabletce; chore znosiły Prontosil doustnie bez żadnych przykrych objawów ubocznych. Pacjentki ciężko chore, znajdujące się w złym stanie ogólnym, nie tak dobrze znosiły tabletki Prontosilu i skarżyły się na ucisk w żołądku i mdłości.

Dr F. ROTH, Klinika Chorób Wewn. w Wrocławiu.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA ANEMII ZŁOŚLIWEJ „ODPORNEJ NA DZIAŁANIE WĄTROBY".

(Referat według Ther. der Ggwt. 1935, Nr. 11).

W początkowym okresie stosowania leczenia wątrobowego często opisywano przypadki „odporne na działanie wątroby". Jednakże już *Minor* i *Murphy* twierdzili, że w każdym przypadku prawdziwej niedokrwistości złośliwej można za pomocą leczenia wątrobowego wpłynąć na obraz krwi, przy czym jednak toksyczne zaburzenia towarzyszące mogą się przeciwstawiać skutecznemu działaniu przeciwanemicznemu. Jeżeli w przypadku niedokrwistości preparaty wątrobowe istotnie pozostają bez wpływu na stan krwi, to według wszelkiego prawdopodobieństwa przyczyną choroby nie jest niedokrwistość złośliwa. Przyczyną pozornej odporności wątrobowej jest często stosowanie niedostatecznie dużych dawek wątroby przy prawdziwej niedokrwistości złośliwej, w której ustrój nie wytwarza już wcale zaczynu *Castle'a* w żołądku, albo na nieodróżnieniu anemii złośliwej od anemii nadbarwliwych np. przy raku żołądka, podczas ciąży i w niektórych chorobach wątroby. Również i w tych postaciach niedokrwistości leczenie wątrobowe poprawia obraz krwi, wywołuje przełom retikulocytów i zmniejsza hemolizę, jednakże w ostatecznym wyniku ilość hemoglobiny i erytrocytów nie wzrasta. Należy przy tym uwzględnić, że również w prawdziwej niedokrwistości złośliwej zdolność chorych reagowania na czynne wyciągi wątrobowe nie jest jednakowa i że zwłaszcza ludzie starzy, z niewielką wrażliwością szpiku kostnego, reagują bardzo źle i przeważnie potrzebują bardzo dużych dawek wyciągów wątrobowych. Jako przykład tej ostatniej możliwości autor przytacza historię choroby

65-letniej pacjentki, pozornie odpornej na lecznicze działanie preparatów wątrobowych.

Chora przybyła na klinikę z typowymi objawami anemii złośliwej, jak bezsporność żołądkowa, odporna na działanie histaminy, zanik śluzówki języka, zwiększenie ilości bilirubiny we krwi, 28% hemoglobiny, 800.000 erytrocytów, 2600 ciałek białych. Chorej wstrzykiwano codziennie 6 cm³ wyciągu wątrobowego. Po 10 dniach nie stwierdzono jeszcze zwiększenia się ilości retikulocytów. Zawartość hemoglobiny i ilość krwinek czerwonych opadały w dalszym ciągu, tak że przy 24% hemoglobiny trzeba było dokonać transfuzji krwi. Wobec tego, że chora wcale nie reagowała na leczenie wyciągami wątrobowymi, autorowi zaczęły się nasuwać wątpliwości co do słuszności rozpoznania niedokrwistości złośliwej. Tytułem próby podawano przez 14 dni żelazo, arsen i witaminę B_2, wszystko jednak bez wyniku. Wówczas dokonano jeszcze raz próby leczenia wielkimi dawkami wyciągu wątrobowego. Chorej wstrzykiwano codziennie przez 10 dni po 10 cm³ Campolonu; następnie dawkę nieco zmniejszono, tak że w ciągu następnych 4 tygodni chora otrzymała ogółem jeszcze 102 cm³ Campolonu. W kilka dni po rozpoczęciu tego leczenia nastąpił przełom retikulocytów, po czym ilość hemoglobiny zaczęła się szybko i bezustannie podnosić. W 38 dni po rozpoczęciu leczenia Campolonem zawartość hemoglobiny wynosiła 70%. Ilość krwinek czerwonych 3.300.000, ilość leukocytów 6.600. Chora na własne życzenie wypisała się z kliniki w dobrym stanie.

Powyższa historia choroby udowadnia, że w typowych objawach niedokrwistości złośliwej nawet przy początkowej odporności na działanie wątroby nie wolno zwątpić o trafności rozpoznania i zaniechać leczenia swoistego, zanim nie wypróbuje się bardzo dużych dawek skutecznego wyciągu wątrobowego.

Dr O. GOSSELIN, asystent Kliniki Uniwersyteckiej w Leodium.

NIEŻYT POCHWY WYWOŁANY PRZEZ TRICHOMONADY.

(Referat według „Liège Medical“ 1935, Nr. 33).

Nieżyt pochwy na tle zakażenia trichomonadami jest cierpieniem, które może występować we wszystkich okresach życia. Cechą charakterystyczną tego swoistego nieżytu są upławy bardzo obfite, biało-szarawe lub żółto-zielonkawe; upławy te zawierają często obfitą domieszkę pęcherzyków powietrza i odznaczają się zwykle bardzo przykrym zapachem. Wyciekowi towarzyszy stan silnego podrażnienia i prawie zawsze swędzenie. Błona śluzowa pochwy i sromu jest często pokryta drobnymi nadżerkami, które zabliż-

niają się bardzo trudno. Poglądy różnych autorów na etiologię i patogenezę tego cierpienia nie są jeszcze ostatecznie uzgodnione, jednakże pogląd, że główną przyczyną choroby jest zakażenie trichomonadami, jest najprawdopodobniejszy i znajduje najwięcej zwolenników. Mechanizm zakażenia nie jest jeszcze wyjaśniony; oskarża się tu wodę kąpielową, bieliznę, przedmioty toaletowe, zakażenie odbytniczo-sromowe itd.

Nieżyt pochwy wywołany przez trichomonady jest klinicznie bardzo podobny do nieżytu gonokokowego i odróżnienie tych dwóch cierpień bywa często dość trudne. Jednakże przy nieżycie na podłożu trichomonadowym sprawa chorobowa prawie nigdy nie zajmuje szyjki macicznej. Badanie mikroskopowe wydzieliny umożliwia ścisłe rozpoznanie różniczkowe.

Autor opisuje następnie zarazek—Trichomonas vaginalis — i najlepszą technikę jego wykrywania *(Rodecurt).* Platynowym uszkiem pobiera się nieco wydzieliny pochwowej i umieszcza na szkiełku przedmiotowym; kroplę tej wydzieliny mieszamy z kroplą soli fizjologicznej. Preparat pokrywamy szkiełkiem nakrywkowym i badamy natychmiast pod mikroskopem, póki rzęski trichomonad jeszcze się ruszają. Trichomonady można wówczas łatwo rozpoznać na podstawie ich czynnych, gwałtownych ruchów, odróżniających je od nieruchomego środowiska.

Nieżyt pochwy wywołany przez trichomonady jest cierpieniem bardzo uporczywym i odpornym na zabiegi lecznicze stosowane zwykle przy upławach. Nawet po skutecznym przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia występują bardzo często po krótszym lub dłuższym czasie nawroty.

Istnieją różne sposoby leczenia tej uporczywej choroby:

1. Codzienne oczyszczanie błony śluzowej pochwy roztworem sublimatu 1 : 100, po czym po osuszeniu stosuje się jeszcze roztwór boraksu w glicerynie (5 : 100). Dla osiągnięcia trwałego wyniku należy po ukończeniu leczenia sublimatowego, stosować nadal leczenie boraksem, początkowo codziennie, później co 2 dni i wreszcie 2 razy tygodniowo przez 2 lub 3 miesiące.
2. Można przemywać błonę śluzową pochwy merkurochromem w roztworze 5 : 100, w pierwszym tygodniu codziennie, następnie rzadziej.
3. Można stosować kąpiele z azotanu srebra, wstrzykiwania siarczanu cynku itd.

Wszystkie te metody lecznicze są w praktyce prywatnej bardzo przykre i uciążliwe i z tego względu wskazane jest w przypadkach takich zwracać się przede wszystkim do leczenia Deveganem lub pigułkami Yatrenu, jako do sposobów technicznie najłatwiejszych i jednocześnie najskuteczniejszych. Zwłaszcza Devegan umożliwia osiąganie doskonałych wyników terapeutycznych. Devegan znajduje się w sprzedaży pod postacią specjalnych białych tabletek pochwowych. Leczenie Deveganem przeprowadza się w następujący sposób: Po zewnętrznym obmyciu części płciowych mydłem i wstrzyknięciu do pochwy naparu z rumianku, pacjentka wprowadza w pozycji leżącej tabletki głęboko do pochwy. W ciągu 3 lub 4 tygodni wprowadza się po 2 ta-

Solu-Salvarsan



nowoczesny preparat salvarsanowy w gotowym do użytku trwałym roztworze. Solu-Salvarsan nadaje się nie tylko do wstrzykiwań dożylnych lecz również do bezbolesnych wstrzykiwań domięśniowych.

Solu-Salvarsan podlega, podobnie jak Neosalvarsan, państwowej kontroli chemicznej, biologicznej i klinicznej.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Ampułki po 1, 2, 3, 4, 5 i 6 cm³
Opak. klin. Pudełka po 10 amp. à 1, 2, 3, 4, 5 i 6 cm³

Selvoral

Glukoheksozocytrynian wapnia.

PREPARAT WAPNIOWY

dla doustnego leczenia wapniowego. Łatwa rozpuszczalność. Brak smaku.

Selvoral wchłania się szybko. Pomyślne warunki retencji w ustroju zapewniają długotrwałość działania.



OPAKOWANIA ORYGINALNE:

pudełka po 50 i 100 g
Opak. klin. „ „ 500 g



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

bletki, a następnie przez dalsze 3 — 4 tygodnie po jednej. Na podstawie wyników otrzymanych przez licznych autorów i opartych na bardzo dużym materiale klinicznym należy uważać leczenie Deveganem za najskuteczniejsze.

Autor omawia następnie leczenie pigułkami Yatrenu, które dają również wyniki pomyślne. Są to te same pigułki, które stosuje się z powodzeniem przeciwko czerwonce amebowej i trichomonazie kiszkowej. Pacjentki wprowadzają jedną pigułkę głęboko do pochwy wieczorem przed położeniem się do łóżka i drugą pigułkę rano; w ciągu pierwszego tygodnia stosuje się w ten sposób po 2 pigułki codziennie, w drugim tygodniu — co drugi dzień i w trzecim tygodniu już tylko 2 razy; w ciągu następnych miesięcy wprowadza się pigułki tylko 1 — 2 dni przed i po miesiączkowaniu. Leczenie Deveganem lub Yatrenem jest łatwe i wygodne, mało kosztowne i w porównaniu z innymi zupełnie dyskretne. Pacjentki mogą przeprowadzać leczenie nawet podczas podróży.

Autor uważa, że leczenie nieżytu pochwy wywołanego przez zakażenie trichomonadami należy zawsze rozpoczynać od stosowania Deveganu, i dopiero w razie niepowodzenia zwracać się do Yatrenu. Wobec tego, że trichomonady stosunkowo często znajdują się również i w moczu, wskazane jest jednoczesne stosowanie środków odkażających drogi moczowe. Dla uniknięcia nawrotów należy polecić chorym, aby co 3 lub 4 miesiące przeprowadzały leczenie zapobiegawcze w ciągu 8 dni.

Streszczenie: Autor omawia istotę nieżytu pochwy wywołanego przez trichomonady i poleca jako najskuteczniejszy sposób terapii nowoczesne leczenie Deveganem, które daje znakomite wyniki i które można w razie potrzeby uzupełnić leczeniem pigułkami Yatrenu.

Prof. dr. A. WEBER. Uniw. Instyt. Balneolog. w Nauheimie.

ZAGADNIENIE ZAZIĘBIENIA I REUMATYZMU.

(Referat według Z. f. Kreislaufforschung 1936 Nr. 6).

Określenia kliniczne zaziębienia i reumatyzmu zmieniały z biegiem lat wielokrotnie swoje znaczenie. Był czas, że zaziębieniu nie przypisywano żadnego większego znaczenia i uważano, że wszystko zależy od zakażeń, od działania bakteryj. Obecnie oddalamy się jednak coraz bardziej od tego poglądu. Ani obecność drobnoustrojów jako takich, ani nawet ich rozmnażanie się w organizmie nie koniecznie wywołują chorobę; chorobą nazywamy dopiero uszkodzenie tkanek narządowych przez bakterie lub ich wytwory. Według współczesnych poglądów działanie zimna osłabia siły obronne, tak że bakterie, które dotychczas wegetowały np. w jamie nosowo-gardzielowej jako nieszkodliwe saprofity, nagle przenikają do tkanek i zaczynają ujawniać swój niszczący wpływ. *Schmidt* i *Kairies* określili za pomocą termoelementów cie-

płotę różnych miejsc błony śluzowej jamy ustnej i stwierdzili, że przy przenikaniu zimnego powietrza temperatura podniebienia znacznie się obniża i że ciepłota powraca do normy u poszczególnych osobników w niejednakowym czasie, najpóźniej zaś u ludzi, którzy się łatwo zaziębiają. Również przy ochłodzeniu innych części ciała, np. kończyn dolnych, ciepłota podniebienia ludzi skłonnych do zaziębień obniża się silnie i na dłuższy czas. Z badań *Schmidta* i *Kairiesa* wynika więc, że u niektórych ludzi skurcz tętnic, spowodowany zimnem, utrzymuje się znacznie dłużej niż samo działanie zimna, że tętnice błony śluzowej gardła zwężają się nawet pod wpływem zimna działającego na odległe części ciała, np. na stopy, i wreszcie, że ludzie, których tętnice pod wpływem jednorazowego działania zimna przez dłuższy czas pozostają w skurczu, zaziębiają się szczególnie łatwo. Zimno wywołuje skurcz tętnic, który może wystąpić również w miejscu odległym od działania zimna; następnie miejscowe niedokrwienie prowadzi do uszkodzenia komórek; to zaburzenie odżywiania tkankowego sprzyja przenikaniu i rozmnażaniu się zarazków chorobotwórczych; takim jest w większości przypadków mechanizm zaziębienia i związanego z nim zakażenia *).

Działanie zimna nie zawsze zresztą prowadzi do zakażenia, lecz może mimo to wywołać najróżnorodniejsze zaburzenia, od lekkich, przemijających uszkodzeń czynnościowych do bardzo ciężkich schorzeń organicznych. Pierwszy stopień zaburzeń stanowi zesztywnienie palców pod wpływem dłuższego ochłodzenia rąk. Same stawy palcowe zachowują właściwie nadal swą ruchomość, ruchy bierne są całkowicie możliwe, jednakże mięśnie palców i przed-

---

*) *Kairies* (Inst. Hig. w Halle, Zbl. Bakt. 1936, tom 137, str. 9) wykonał na łasicach leśnych szereg doświadczeń z sztucznym „zaziębieniem" i wykazał, jakie jest istotne znaczenie ziębnięcia. Łasiczkę usypiano niewielką dawką eteru, następnie wstrzykiwano jej do nosa 2 cm^3 wody przekroplonej, które miały zastąpić szkodliwy wpływ deszczu i wreszcie umieszczano ją w mglistym powietrzu. Na klatkę nakładano i zmieniano ciągle wilgotne, gorące ścierki. Ochłodzenie wytwarzało atmosferę mgły. Klatkę postawiono w lekkim przeciągu. Zwierzę zachorowało, dostało kataru, łzawienia i kaszlu. W nosie, płucach i gruczołach ślinowych znaleziono liczne laseczniki grypy oraz paciorkowce. Obraz krwi wykazywał początkowo leukopenię, później leukocytozę. Cztery dalsze doświadczenia wykonano bez eteru, jedynie w wilgotnym powietrzu i przeciągu. We wszystkich 4 przypadkach zwierzęta chorowały wśród objawów grypy. W ten sposób *Kairies* wywoływał przez oziębienie grypę u zwierząt, które uprzednio były tylko nosicielami zarazków. Również u zwierząt z nielicznymi lasecznikami grypy w gardle stwierdzono pod wpływem ochłodzenia obfite rozmnażanie się bakteryj. Katar nosa, nieżyty zaziębieniowe w ścisłym tego słowa znaczeniu, grypa i zapalenie płuc powstają prawdopodobnie na podłożu nieswoistym pod wpływem czynników zewnętrznych. Niezależnie od laseczników grypy ochłodzenie może zamienić jeszcze liczny szereg innych nieszkodliwych uprzednio drobnoustrojów w złośliwe zarazki chorobotwórcze.

Schorzenia grypowe są prawdopodobnie cierpieniami wielobakteryjnymi; leukopenia jest charakterystyczna dla toksycznego działania zarazków. Zastosowanie ludzkiego materiału grypowego drogą przeniesienia nie wywołuje zakażenia grypowego łasiczek, zakażenia te udają się dopiero przez prowokację po ochłodzeniu.

ramienia stały się bezsilne. Dłuższe oziębienie rąk wywołało tu niewątpliwie skurcz tętnic. Przykre skutki działania zimna znikają szybko, gdy za pomocą ruchów mięśniowych doprowadzimy znowu do rozszerzenia tętnic. Jeżeli jednak działanie zimna wywołało stały skurcz tętnic i utrudniło w związku z tym w znacznym stopniu ukrwienie tkanek, to dochodzi do akroparestezji i palce martwieją i bieleją. Częstokroć są to jedynie przykre objawy, występujące u ludzi wrażliwych na zimno, zdarza się jednak, że omawiane zaburzenia mają podłoże głębsze i są pierwszymi objawami wiądu lub jamistości rdzenia albo też zapalenia nerwów obwodowych różnego pochodzenia. Również i erytromelalgia należy do tej grupy schorzeń; odróżniamy erytromelalgię bladą, angiospastyczną i czerwoną, angioparalityczną. Następnie należy tu jeszcze wymienić zgorzel Raynauda oraz sklerodaktylię; we wszystkich tych cierpieniach działanie zimna wywołuje skurcz tętnic z następczymi zaburzeniami odżywczymi aż do zgorzeli. Paramyotonia congenita Eulenburga, zdrętwienie kończyn, a czasami również i mięśni tułowia pod wpływem zimna, następnie choroba Thomsena lub Myotonia congenita, sztywność mięśni, względnie zahamowanie przy zamierzonych ruchach, również zależą w znacznym stopniu od obniżenia ciepłoty zewnętrznej, które wzmaga sztywność mięśni.

Wiele ludzi dostaje skurczu łydek w zimnej wodzie, a czasem nawet w nieogrzanym łóżku. Torticollis lub lumbago powstaje na podłożu skurczu tętnic mięśni szyjnych lub lędźwiowych. U osób wrażliwych działanie zimna na twarz może doprowadzić po kilku godzinach nawet do porażenia nerwu twarzowego. Trzy postacie rwy kulszowej: reumatyczna, neurytyczna i Phisis ischiadica — oznaczają trzy różne stopnie cierpienia: podrażnienie — uszkodzenie — zniszczenie cylindrów osiowych. Początkowo wywołany przez zimno skurcz tętnic, odżywiających nerw, uszkadza go prawdopodobnie w okolicy splotu lędźwiowo-krzyżowego; zależnie od siły tego działania dochodzi albo tylko do podrażnienia, które można szybko wyrównać za pomocą przekrwienia tętniczego, albo też do organicznego uszkodzenia wrażliwszych czuciowych cylindrów osiowych, które na zabiegi hiperemizujące już nie reagują. Porażenie nerwu promieniowego kierowców samochodowych po dłuższej jeździe otwartym wozem podczas większego mrozu, ma ten sam mechanizm powstawania, co porażenie nerwu twarzowego lub rwa kulszowa. Podobne zjawiska zachodzą prawdopodobnie również przy reumatyzmie mięśniowym a mia-

nowicie *): skurcz tętnic pod wpływem zimna, uszkodzenie zakończeń nerwów czuciowych i z pewnością również i samych włókien mięśniowych. Na ochłodzenie gwałtowne, które odczuwa się odrazu w przykry sposób, ustrój reaguje natychmiast chemiczną regulacją ciepła; jeżeli jednak utrata ciepła leży poniżej progu pobudliwości, może łatwo dojść do zaziębienia. Podczas snu próg pobudliwości leży wyżej niż w ciągu dnia, i tym się tłumaczy, że właśnie podczas snu można się szczególnie łatwo zaziębić lub dostać reumatyzmu mięśniowego albo rwy kulszowej. Gdy odczuwamy dreszcze lub inne niemiłe uczucie ziębienia, jest już zwykle zapóźno na obronę, gdyż zaziębienie stało się już faktem dokonanym. Asymetryczna podprogowa utrata ciepła wywołuje reumatyzm szczególnie łatwo. Niejednakowa utrata ciepła symetrycznych części ciała może często wywoływać bóle. Również i nierównomierny dowóz ciepła bywa przyczyną cierpień reumatycznych (spostrzeżenia własne). Reumatycy powinni postawić swe biurko frontem do okna. Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek jest według panujących obecnie poglądów wyrazem ogólnego długotrwałego skurczu tętnic. *Volhard* uważa, że w etiologii kłębuszkowego zapalenia nerek główną rolę odgrywa zakażenie paciorkowcowe; w bezpośrednim związku z silnym ochłodzeniem, np. podczas nocnego dozoru w wilgotnej i zimnej pralni powstaje ciężkie kłębuszkowe zapalenie nerek i to odrazu z niedomogą krążenia. Dekapsulacja nerek, ratująca często życie chorych, zawdzięcza praw-

---

*) *Gudzent* (D. M. W. 1936 Nr. 27) uważa reumatyzm (a także i dnę) za odczyn alergiczny na jakiekolwiek białko pokarmowe. W roku 1931 udało się *Gudzentowi* uczulać zwierzęta na dowolne związki białkowe i wywoływać w ten sposób w stawach obraz chorobowy podobny do ludzkiego reumatyzmu. Prawie wszyscy chorzy na reumatyzm lub dnę okazali się alergiczni na jeden rodzaj białka lub na kilka różnych odmian białka. Wrażliwość na mięso i ryby stwierdzono w 31% przypadków, na zboże w 34%, jarzyny w 16%, mleko i jajka w 8%, białka bakteryjne i grzybki pleśniowe i drożdżowe w 11%. Ponadto *Gudzent* wykazał, że u krewnych tych chorych można prawie zawsze wykryć obecność chorób alergicznych. Istniejąca alergia nie oznacza jednak jeszcze choroby; dla wywołania objawów reumatyzmu, dny lub jakiejkolwiek innej choroby alergicznej muszą się jeszcze dołączyć niesprzyjające czynniki zewnętrzne, jak pokwitanie, przekwitanie, szkodliwe wpływy atmosferyczne, zmiana klimatu, zakażenia i cierpienia duchowe. Określenie przez *Gudzenta* reumatyzmu jako alergozy znalazło następnie potwierdzenie w spostrzeżeniach *Oefeleina* (D. M. W. 1936, Nr. 35), który z powodzeniem leczył określone postacie reumatyzmu za pomocą Torantilu. W szczególnej grupie reumatyzmu stawowego, odpornego na działanie salicylu, stwierdzano wielokrotnie odosobnione zwiększenie zawartości ksantoproteiny w surowicy krwi. Być może, że przyczyną schorzeń stawowych tego rodzaju są zaburzenia czynnościowe charakteru fermentacyjnego w kiszkach cienkich, ujawniające się pod postacią zmniejszenia zdolności rozkładania ksantoproteiny.

Keiffenheim z Akwizgranu (M. M. W. 1936, Nr. 32) zajął się sprawdzaniem spostrzeżeń *Gudzenta* i wykazał, że istotnie przy zapaleniach stawów, artrozach i nerwobólach stwierdza się nadwrażliwość w stosunku do obcego białka (zwłaszcza białka rybiego), jednakże ten dodatni odczyn, szczególnie przeciw białku rybiemu, może występować również u ludzi zdrowych, którzy na reumatyzm nigdy nie chorowali. Próby odczulania, stosowane przy cierpieniach reumatycznych, pozostawały bez wpływu na przebieg choroby.

dopodobnie swój pomyślny wpływ leczniczy przede wszystkim rozszerzeniu się podczas uśpienia spastycznie skurczonych tętnic. Nie zmniejsza to oczywiście znaczenia zakażenia paciorkowcowego. Zakażenie to wywołuje kwasicę. Kwasica zaś sprzyja powstawaniu skurczów tętnic; tym też się tłumaczy, że skurcze występują szczególnie łatwo po wyczerpujących wysiłkach fizycznych. Następujące choroby są dowodem wielkiego znaczenia skurczów tętnic w patologii: padaczka, udar mózgowy i nadciśnienie, które we wszystkich krajach cywilizowanych pochłaniają prawie tyle ofiar śmiertelnych co rak i gruźlica razem.

Prof. dr SCHOEN. Poliklinika Chorób Wewnętrznych w Lipsku.

ZAKRES WSKAZAŃ DO STOSOWANIA ŚRODKÓW MOCZOPĘDNYCH.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1936, Nr. 2).

Przyczyny zaburzeń gospodarki wodnej bywają bardzo różnorodne i okoliczność tę należy zawsze uwzględnić w postępowaniu leczniczym. Autor omawia związki moczopędne nie z farmakologicznego lecz z klinicznego punktu widzenia. Głównym wskazaniem do stosowania preparatów diuretycznych jest odwadnianie obrzękniętych sercowo chorych. Najważniejszym środkiem moczopędnym dla sercowo chorych, znajdujących się w stanie niewyrównania, jest niewątpliwie naparstnica. Również dożylne wstrzykiwania strofantyny, ew. z dodatkiem cukru gronowego, wywołują często obfitą diurezę, która zaczyna się prędzej niż po naparstnicy. Jeżeli czas na to pozwala, powolne odwadnianie chorych obrzękniętych jest znacznie mniej niebezpieczne i wobec tego bardziej wskazane. We wszystkich natomiast przypadkach poważniejszych, najodpowiedniejszym środkiem dla usunięcia groźnych objawów zastoinowych są moczopędne połączenia rtęciowe. Przede wszystkim wchodzi tu w rachubę Salyrgan. Dożylne wstrzyknięcie Salyrganu jednocześnie ze strofantyną sprowadza przy ciężkich obrzękach bardzo znaczną diurezę; po każdym takim kombinowanym zastrzyku należy jednak zarządzić 4-dniową przerwę. Zapalne schorzenie nerek i poważne cierpienia wątroby stanowią oczywiście przeciwwskazania do stosowania rtęciowych środków moczopędnych. Również i technika wstrzykiwań dożylnych musi być bez zarzutu, gdyż przeniknięcie preparatów rtęciowych poza żyłę do tkanki podskórnej lub wstrzyknięcie do tkanki tłuszczowej (zamiast głęboko do mięśni), albo też w bezpośredniej bliskości pni nerwowych może wywołać bardzo przykre i bolesne zaburzenia miejscowe.

U chorych w starszym wieku, cierpiących na przerost gruczołu krokowego, obfite i gwałtowne odwodnienie jest związane z pewnym niebezpieczeństwem. Przy niedostatecznie uzasadnionym wskazaniu i przy nieprzestrzeganiu po-

trzebnych środków ostrożności, stosowanie rtęciowych środków moczopędnych może czasami nawet pogorszyć stan krążenia; przy sercach krańcowo wyczerpanych, niezdolnych już do żadnego wysiłku, nie można i nie należy dążyć do pobudzenia diurezy za pomocą preparatów rtęciowych. Na ogół wskazane jest przed odwadnianiem rtęciowym przeprowadzenie skutecznego leczenia nasercowego, wzmacniającego krążenie krwi. Przy grożącym obrzęku płuc wskutek zastoju w małym krwiobiegu, Salyrgan często wprost ratuje zagrożone życie chorego. Przewlekła niedomoga sercowa wymaga często oprócz okresowego leczenia naparstnicowego dłuższego leczenia Salyrganem, który wstrzykuje się odpowiednio do potrzeby co pewien czas. Według *Schoena* nie możemy sobie obecnie już wyobrazić leczenia zaburzeń krążeniowych bez rtęciowych środków moczopędnych i żadnego innego środka moczopędnego nie można nawet porównać z Salyrganem pod względem siły działania i skuteczności. Rtęciowe preparaty moczopędne należy stosować przede wszystkim drogą wstrzykiwań (domięśniowych, dożylnych, dootrzewnowych); podawanie per rectum działa czasem dość dobrze, drażni jednak często błonę śluzową, a wyniki moczopędne są niepewne. W przerwach między wstrzykiwaniami Salyrganu można stosować preparaty purynowe, które nie są jednak obojętne dla żołądka. Przy stanach zapalnych nerek Salyrgan, jak już zaznaczyliśmy, jest przeciwwskazany, przy czystych nefrozach należy go stosować ostrożnie i zaczynać od dawki najwyżej 1 cm^3; jako ostatnią próbę można go wstrzykiwać również przy obrzękach nerczycowych. Przy naczyniowej marskości nerek niewielkie i ostrożnie stosowane dawki preparatów rtęciowych są dozwolone, jeżeli nie doszło jeszcze do zupełnej niedomogi nerek. Dootrzewnowe wstrzykiwania Salyrganu wpływają często bardzo pomyślnie na przebieg puchliny brzusznej; przy marskości wątroby zastój w krążeniu wrotnym nie może jednak być zbyt duży. Za pomocą powtarzania wstrzykiwań rtęciowych środków moczopędnych często udaje się w znacznym stopniu ograniczyć konieczność dokonywania nakłuć jamy otrzewnowej. Zatrzymanie wody stwierdza się również przy różnych zaburzeniach przemiany materii, przy czym zależy ono przeważnie od nieprawidłowej czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania. W przypadkach nadmiernej otyłości obfita diureza salyrganowa może, jak wiadomo, przyczynić się do wydatnego zmniejszenia się wagi ciała. Hormon tarczycowy zmniejsza pęcznienie koloidów, rozwadnia płyny tkankowe i działa w ten sposób moczopędnie. *Eppinger* zaleca z tego względu stosowanie hormonu tarczycy przy obrzękach nerczycowych. W przypadkach takich wskazane jest również wypróbowanie leczenia wątrobowego. Skuteczność preparatów wątrobowych przy obrzękach chorych, cierpiących na niedokrwistość złośliwą, jest powszechnie znana. Gospodarka wodna jest w znacznym stopniu uzależniona również i od stanu układu nerwowego.

Według *Molitora* i *Picka* Luminal może przemijająco wyłączyć diurezę ośrodkową.

Środki moczopędne, wśród których na plan pierwszy wysuwają się, oczywiście, preparaty rtęciowe, są przeważnie lekami objawowymi, jednakże w wielu przypadkach odgrywają one rozstrzygającą rolę przy leczeniu cierpienia podstawowego.

Dr E. van ACKER, Gentbrugge (Belgia).

UŚPIENIE DOŻYLNE ZA POMOCĄ EVIPANU-NATRIUM.

(Referat według „Revue Belge des Sciences Médicales" 1935, Nr. 8).

W pierwszej części swej pracy autor omawia przyczyny, które skłoniły większość chirurgów do zaniechania w mniejszym lub większym stopniu wyłącznego stosowania poszczególnych klasycznych inhalacyjnych środków narkotycznych; z biegiem czasu coraz większe uznanie pozyskiwały sobie różne mieszaniny lub połączenia kilku środków usypiających, stosowanych w dawkach możliwie pozbawionych wszelkiego niebezpiecznego działania. Udoskonalono również sposoby stosowania i przyrządy niezbędne dla przeprowadzania uśpienia. Jednakże pomimo tych niewątpliwych postępów zagadnienie narkozy chirurgicznej nie znalazło jeszcze do niedawna swego idealnego rozwiązania. Oprócz postępów w dziedzinie znieczulenia miejscowego, regionalnego i lędźwiowego ostatnie lata wprowadziły do powszechnego użytku szereg nowych sposobów usypiania, polegających przede wszystkim na zastosowaniu środków usypiających per rectum i drogą dożylną. Mieszanina eteru z oliwą *Gwatmey'a*, trójbromoetanol (Avertina itd.) i Pernocton — oto kilka pierwszych preparatów polecanych zwłaszcza jako środki dla zapoczątkowania uśpienia czyli dla usypiania podstawowego; narkozy całkowitej preparaty te jednak przeważnie nie sprowadzały i zachodziła potrzeba dodawania w toku operacji uzupełniającego środka nasennego. W ostatnich czasach wytworzono dość liczne nowe preparaty przeznaczone dla usypiania dożylnego; posiadały one jednak zbyt dużo braków lub stron ujemnych, aby mogły odpowiedzieć uzasadnionym wymaganiom chirurgów, to też nie pozyskały większego uznania. Stosowanie dożylne paraldehydu w roztworze glukozy jest jeszcze w toku badań, tak że nie można na razie wypowiedzieć opinii o wartości tej metody.

Istotnym przełomem w dziedzinie usypiania było wprowadzenie do terapii Evipanu-Natrium. Preparat ten jakby jednoczył w sobie wszystkie zalety, które powinien posiadać ogólny dożylny środek usypiający. Evipan-Natrium nadaje się doskonale nietylko do stosowania w klinice lecz również w codziennej praktyce chirurgicznej. Jedną z cech charakterystycznych uśpienia zapomocą Evipanu-Natrium jest wielka rozległość dawki terapeutycznej *(Weese)*. Tolerancja preparatu jest znakomita. Jedna ze statystyk, obejmująca przeszło

10.000 zabiegów chirurgicznych dokonanych w uśpieniu zapomocą Evipanu-Natrium, nie zawiera ani jednego przypadku śmierci, którąby można było przypisać szkodliwemu ubocznemu działaniu preparatu. Dla uniknięcia stanów podniecenia na początku uśpienia wskazane jest wstrzykiwanie dawek niezbyt małych. Według *Baucksa* Evipan - Natrium jest pierwszym dożylnym środkiem usypiającym, który sprowadza zupełne zwiotczenie powłok brzusznych. Wielu chirurgów uważa, że uśpienie evipanowe oddaje szczególnie cenne usługi podczas nastawiania złamań kostnych i zwichnięć. *Bichlmayer* stosował z doskonałymi wynikami uśpienie dożylne zapomocą Evipanu w praktyce dentystycznej. Autor omawia w ten sposób kolejno liczny szereg dodatnich opinij o Evipanie ogłoszonych na podstawie własnych spostrzeżeń przez wielu wybitnych chirurgów. W dalszym ciągu swej pracy autor pisze:

„Wszystkie te obserwacje, podnoszące jednomyślnie cenne zalety narkozy evipanowej, skłoniły mnie do systematycznego stosowania tej metody we wszystkich odpowiednich przypadkach i do ogłoszenia mych własnych wyników". Technika stosowania Evipanu-Natrium jest nadzwyczaj prosta i łatwa. Uśpienie dożylne nie wymaga żadnych szczególnych uprzednich przygotowań. Chory nie musi być koniecznie na czczo, jak tego wymagają inne metody narkozy. W znakomitej większości przypadków autor wstrzykuje dożylnie nie mniej niż 5 cm^3. Jedynie w przypadkach, w których należy się liczyć z niezwykłą wrażliwością na uśpienie (chorzy wyniszczeni lub w stanie ciężkiego zatrucia, kobiety pod koniec ciąży), autor zaczyna od dawek słabszych (2 do 3 cm^3). Następnie sprawdza się wrażliwość skórną pincetą *Kochera;* jeżeli reakcja jest jeszcze dość żywa, dodaje się 1 do 2 cm^3, po czym po upływie minuty znowu kontroluje się wrażliwość. Autor zwiększa w ten sposób stopniowo dawkę aż do chwili osiągnięcia całkowitego znieczulenia, lecz nie przekracza przy tym nigdy dawki 10 cm^3. Zaledwie w jednym przypadku uśpienie wywołane 10 cm^3 Evipanu-Natrium trwało tylko 7 minut, jednakże zabieg (szew rany) można było zakończyć bez dodania innego środka usypiającego. Poza tym we wszystkich pozostałych przypadkach uśpienie było dostatecznie długie dla wykonania przewidzianego zabiegu. Evipan-Natrium zawsze wywoływał całkowitą amnezję wsteczną. W niektórych przypadkach już dawka 3 cm^3 (założenie cewnika moczowodowego) lub 5 cm^3 (zastosowanie kleszczy i szew krocza u rodzącej) okazała się zupełnie dostateczna. Największe zwiotczenie mięśni następuje w 3 do 4 minut po wstrzyknięciu.

U osobników nerwowych może wystąpić pewne podniecenie, przejawiające się czasem pod postacią dość silnego drżenia, trwającego 1 do 2 minut. Uprzednie wstrzyknięcie morfiny (0,01) ze skopolaminą (0,00025) na godzinę przed wstrzyknięciem Evipanu-Natrium skutecznie zapobiega temu podnieceniu. Podczas kilku minut oczekiwania można założyć jałowe rękawiczki lub uzupełnić zabiegi odkażające, przygotować pole operacyjne itd. Metoda ta sprowadza uśpienie trwające około 20 minut. Uśpienie jest głębokie i przebiega z całkowitym zwiotczeniem mięśni. Wielka przewaga dożylnego uśpienia zapomocą Evi-

panu-Natrium nad innymi metodami narkozy polega na niezwykłej łatwości techniki. Evipan jest mało toksyczny i wydziela się z ustroju bardzo szybko. Spośród licznych wskazań do wykonywania operacji w uśpieniu evipanowym autor wymienia następujące: zakładanie kleszczy, szycie krocza, obroty płodu. (W praktyce położniczej Evipan nie wywiera żadnego wpływu na krwawienie). Operacja wrośniętego paznokcia, nacięcie zanokcicy, rozszerzanie zwieracza odbytnicy, nastawianie złamań i zwichnięć, otwieranie i sączkowanie ropni, bolesne badania i zabiegi ginekologiczne, skrobanie macicy, leczenie hemoroidów, usuwanie niewielkich guzów (brodawczaki, torbiele, tłuszczaki), wyrywanie większej liczby zębów podczas jednego zabiegu itd. Skrobanie macicy było jednym z najczęstszych zabiegów, jakie autor wykonywał w uśpieniu evipanowym w klinice i w mieszkaniu prywatnym chorych. W jednym przypadku wskutek nieprzewidzianych trudności uśpienie było niedostateczne i trzeba było po 20 minutach dodać chloroformu. Wskazanym jest wobec tego mieć pod ręką na wszelki wypadek maskę i chloroform. W przypadkach takich uśpienie evipanowe stanowi doskonałą metodę zapoczątkowania narkozy. Praktycznie biorąc, wszystkie zabiegi chirurgiczne, które można wykonać w uśpieniu ogólnym w ciągu 15 minut, są uzasadnionym wskazaniem do stosowania Evipanu-Natrium.

Ze spostrzeżeń swoich autor wyciąga wnioski następujące: uśpienie ogólne zapomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium jest metodą najpraktyczniejszą, najskuteczniejszą i najbezpieczniejszą spośród wszystkich sposobów usypiania, jakimi rozporządza lekarz-praktyk w przypadkach stosunkowo krótkotrwałych zabiegów operacyjnych. Cenne zalety dożylnej narkozy evipanowej ujawniają się szczególnie wyraźnie zwłaszcza w przypadkach nagłych, w których trudno czasem uzyskać pomoc asystenta.

Dr B. PAUL i dr P. VEGH. Klin. Chor. Wewn. Uniw. hr. Stefana Tiszy w Debreczynie.

GOSPODARKA WODNA PRZY MIĄŻSZOWYCH CHOROBACH WĄTROBY.

(Referat według Klin. Wschr. 1936, Nr. 9).

Rozcieńczenie krwi i wydalanie moczu po doustnym podawaniu wody przebiega u chorych dotkniętych cierpieniami wątroby inaczej niż u ludzi z wątrobą zdrową. Badanie zdolności wydalania wody u chorych żółtaczkowych wykazało, że przy normalnym przebiegu żółtaczki, czyli bez żadnych powikłań, przełom krzywej diurezy następuje mniej więcej w 15-ym dniu (wody wydzielanej w kale lub przez skórę w badaniach tych nie brano pod uwagę). Przełom samej choroby, czyli odzyskanie niedostatecznej dotychczas zdolności wydalania wody, pokrywa się przy tym z chwilą poprawy poszczególnych odrębnych czynności miąższu wątrobowego. Ostre miąższowe schorze-

nia wątroby przebiegają niewątpliwie z zatrzymaniem wody w ustroju. W pierwszym okresie choroby stwierdza się zatrzymanie wody, w okresie drugim — nadmierne wydalanie. Zatrzymana woda wydala się dopiero po okresie ostrym. Na początku więc ostrego komórkowego miąższowego uszkodzenia wątroby ustrój znajduje się w stanie gotowości obrzękowej, która kończy się dopiero z chwilą ustąpienia miąższowych zmian chorobowych. Przy żółtaczce miąższowej sama wątroba jest napewno mocno obrzęknięta. Stan ten należy jednak oceniać inaczej niż gotowość obrzękową ustroju, zatrzymanie bowiem wody w innych narządach zależy od stanu uszkodzonego miąższu, obrzęk zaś wątroby powstaje wskutek zapalenia surowiczego w niej samej. Zasługuje również na uwagę, że przy niezmienionej wzgl. zmniejszonej diurezie obraz kliniczny był szczególnie ciężki, podczas gdy przy diurezie zwiększonej przebieg choroby był łagodny albo też sprawa już zbliżała się do pomyślnego zakończenia.

Materiał obserwacyjny autorów składał się z 11 chorych żółtaczkowych; w 9 przypadkach zawartość wody we krwi była w porównaniu z normą znacznie powiększona, a w poszczególnych przypadkach osiągała nawet krańcowe wartości. Równolegle do poprawy klinicznej zawartość wody we krwi obniżała się do normy. W pierwszym okresie choroby panuje oliguria. Chorzy zatrzymują większą część płynu dostarczonego z pożywieniem lub podczas próby obciążenia. Na początku okresu poprawy oliguria ustępuje i chorzy zaczynają oddawać mocz w znacznej ilości, — zatrzymana poprzednio woda wydala się w obfitości. Chorzy żółtaczkowi z łagodnym przebiegiem cierpienia lub znajdujący się już w okresie zdrowienia reagują na podrażnienie zony wątrobowej *Heada* zwiększeniem ilości oddawanego moczu. Przy ciężkim przebiegu żółtaczki autorzy nie stwierdzili tego pobudzenia diurezy. Zawartość wody we krwi zarówno w lekkim jak i w ciężkim schorzeniu była w porównaniu z normą zwiększona i powracała do poziomu fizjologicznego równolegle z postępującą poprawą. W przypadkach o lekkim przebiegu klinicznym podrażnienie zony wątrobowej *Heada* zwiększa zawartość wody we krwi, w przypadkach ciężkich podrażnienie to pozostaje bez wpływu na hydremię. W przypadkach ciężkich zwiększenie się zawartości wody we krwi można było osiągnąć dopiero po poprawieniu się żółtaczki. Charakterystycznym dla zatrzymania wody jest jej zależność od stopnia uszkodzenia miąższu wątrobowego. Wydaje się prawdopodobne, że gotowość obrzękowa ustroju zależy od ubytku okre-

ślonej aktywnej czynności miąższu wątrobowego, przy czym ważną rolę może odgrywać przypisywana wątrobie czynność hormonalna.

Wobec tego, że uruchomienie zatrzymanego płynu na szczycie uszkodzenia miąższowego wydaje się trudne do przeprowadzenia, autorzy wyrażają uzasadniony pogląd, że ten zatrzymany płyn jest komórkom miąższowym potrzebny. Autorzy są zdania, że dopóki nie nastąpi przełom żółtaczki, celową jest i pożyteczną zwykle stosowana terapia uwadniająca, gdyż prawdopodobnie działa ona równolegle do czynności obronnych ustroju, mających na celu przezwyciężenie choroby. (Glukoza + leczenie insulinowe = związanie glikogenu + uwodnienie). Jedynie w bardzo łagodnym przebiegu miąższowego cierpienia wątroby autorzy radzą stosować w tym okresie zabiegi odwadniające, jak np. diatermię okolicy wątrobowej, podrażnienie zony *Heada*, dożylne stosowanie kwasu dehydrocholowego, wstrzykiwania rtęciowych środków moczopędnych itd. (Lauda). W okresie poprawy wspomniane zabiegi odwadniające są według autorów zupełnie uzasadnione i wskazane. Chwila zastosowania terapii odwadniającej jest jednak odpowiednia dopiero wtedy, gdy po pierwszych ostrożnych próbach osiąga się wyraźne zwiększenie diurezy.

Prof. dr E. GRAEFE, Klinika chorób wewnętrznych i nerwowych w Würzburgu.

NOWOCZESNE ŚRODKI PRZECIWGORĄCZKOWE.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1935, Nr. 27).

Gorączka wywołuje, jak wiadomo, poważne zaburzenia stanu ogólnego; jednym z objawów szkodliwego działania gorączki na ustrój ludzki jest utrata łaknienia z jej ciężkimi skutkami dla stanu odżywiania i stanu sił. Czasy dawnego fatalnego błędu, polegającego na tym, że świadomie nie odżywiano chorych gorączkujących w dostateczny sposób, na szczęście już minęły. Obecnie dążymy do odżywiania możliwie wystarczającego, uwzględniającego również wzmożenie zapotrzebowania kalorycznego. Jednocześnie zwalczamy gorączkę; może to mieć również pewne znaczenie rozpoznawcze, gdyż jeśli ciepłota po zastosowaniu środków przeciwgorączkowych nie obniży się, to okoliczność ta przemawia za gorączką nerwową lub konstytucjonalną.

Znaczna siła działania środków przeciwgorączkowych umożliwia prawie zawsze obniżenie nawet wysokiej ciepłoty do poziomu normalnego lub prawie normalnego. Przede wszystkim dotyczy to gorączki zwalniającej, gdyż potrzebne tu zabiegi wykonywa się tylko w ciągu kilku godzin dziennie, zwykle od godz. 8. do 3. po poł. Trudniej kształtują się stosunki przy gorączce stałej, utrzymującej się na wysokim poziomie, gdyż zabiegi przeciwgorączkowe należało by tu ew. stosować również i w ciągu nocy, co oczywiście jest prze-

ważnie związane z zakłóceniem snu. Niestety, środki przeciwgorączkowe wywołują nierzadko pewne przykre objawy działania ubocznego, polegające najczęściej na zaburzeniach przewodu pokarmowego i na gwałtownym poceniu się; objawy te mają wprawdzie charakter indywidualnie zmienny i występują w niejednakowym stopniu. Niepożądane te objawy rzadko stają się przeciwwskazaniem do stosowania środków przeciwgorączkowych; przeważnie jesteśmy w stanie opanować je lub przynajmniej ograniczyć ich natężenie. Zaburzeń żołądkowych można często uniknąć, jeżeli lekarstwo przyjmować zawsze bezpośrednio po jedzeniu albo też podawać jednocześnie niewielką dawkę magnesium - peroxyd. Trudniejsze do opanowania bywa obfite pocenie się, towarzyszące często szybkiemu obniżeniu ciepłoty ciała; chorzy zwykle odczuwają te poty w sposób bardzo przykry; najodpowiedniejszymi środkami dla złagodzenia tych uciążliwych potów są atropina lub agarycyna. Gwałtowne poty są niepożądane jeszcze z tego względu, że niepotrzebnie obciążają krążenie. Niektórzy chorzy skarżą się na dolegliwości sercowe, co doprowadziło laików, a także i niektórych lekarzy do błędnego poglądu, jakoby środki przeciwgorączkowe mogły uszkodzić serce. Dotyczy to jedynie dawek bardzo dużych, które już same przez się działają toksycznie (zwłaszcza chinina).

Najstarszy środek przeciwgorączkowy — chinina — nie tylko obniża gorączkę, lecz działa również przeciwneuralgicznie. Jednakże bardzo zmienna tolerancja chininy oraz silne objawy działania ubocznego (szum w uszach, osłabienie słuchu, zawroty głowy, wymioty, zamroczenie, utrata przytomności itd.) ograniczyły w znacznym stopniu stosowanie chininy.

Gottlieb uważa, że punkt uchwytu działania chininy jest wyłącznie albo przeważnie obwodowy; pogląd *Gottlieba* okazał się jednak niesłuszny, gdyż małe dawki działają również i ośrodkowo (*Girndt*, Verhd. d. pharm. Ges. 1929). Wobec tego, że nawet w przypadkach wyraźnego obniżenia gorączki bardzo często nie stwierdzano zmniejszenia wytwarzanego ciepła i ograniczenia przemiany białkowej, niektórzy autorzy w ogóle stawiają obwodowy punkt uchwytu chininy pod znakiem zapytania i są zdania, że istota działania polega na zwiększeniu oddawania ciepła; na korzyść tego poglądu przemawia również działanie chininy rozszerzające naczynia krwionośne, chociaż i w tej dziedzinie wyniki badań nie są jeszcze zupełnie zgodne.

C_6H_5
|
N
/ \
CO N — CH_3
| |
C = C — CH_3
|
N $(CH_3)_2$

Pyramidon

C_6H_5 C_6H_5
| |
N N
/ \ / \
N CO CO N
‖ | | ‖
CH_3 — C — CH — N = C — C — CH_3

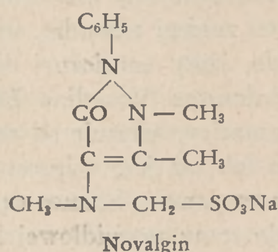
Kwas rubazonowy, pochodna przemiany Pyramidonu w ustroju, która może zabarwić zasadowy mocz na kolor czerwonawy — zjawisko niewinne.

Spośród środków przeciwgorączkowych szeregu anilinowego stosuje się obecnie już tylko fenacetynę (acetofenetydynę) i laktofeninę (laktylofenetydynę). Laktofenina wywiera również działanie uspokajające; częste podawanie małych dawek po 0,25 — 0,3 g (najwyżej do 3,0 g na dobę) obniża bardzo skutecznie gorączkę w przebiegu gruźlicy płuc; pomyślny wpływ przeciwgorączkowy wykazuje zwłaszcza połączenie laktofeniny z Pyramidonem.

Grupa pyrazolonowa względnie antipyrinowa przedstawia niewątpliwie główny kontyngent środków przeciwgorączkowych. Podawanie Pyramidonu w małych dawkach po 0,1 — 0,25 g co 1 — 2 lub 3 godziny umożliwia nam skuteczne obniżanie ciepłoty ciała prawie u wszystkich gorączkujących; dotyczy to zwłaszcza duru brzusznego. Melubrina czyli fenylo-dwumetylo-pyrazolono-amino-metano-sulfonian sodowy, stosowana zwłaszcza w postaci wstrzykiwań dożylnych (1,0 — 2,0 g) działa czasami znacznie lepiej niż salicylany.

Również i mechanizm opadania ciepłoty po zastosowaniu antipyriny i jej pochodnych, nie został jeszcze ostatecznie wyjaśniony, gdyż między ustrojem zdrowym i gorączkującym, między człowiekiem i zwierzęciem istnieją wielkie zasadnicze różnice: „Gorączka u królika obniża się głównie na drodze zwiększenia oddawania ciepła, u świnki morskiej przeważnie na drodze zmniejszenia wytwarzania ciepła. Człowiek, jak się zdaje, zajmuje miejsce pośrednie, gorączka obniża się zarówno przez zwiększenie oddawania ciepła jak i przez (nieco) zmniejszone wytwarzanie ciepła“ (*Heffter*, Handb. d. exp. Pharmakol. 1927). Podczas gorączki Pyramidon nie tylko obniża nadmierną ciepłotę, lecz ogranicza w znacznym stopniu również i wytwarzanie ciepla; oba te zjawiska nie przebiegają coprawda równolegle, tak że przy sztucznie wyrównanej ciepłocie przemiana materii zawsze wyraźnie przewyższa przemianę podstawową. Obniżeniu ulega również i przemiana węglowodanowa; można to jednak stwierdzić jedynie przy podwyższonym poziomie cukru we krwi podczas gorączki u chorych cukrzycowych.

Zjawiska zachodzące w ośrodku ciepłoty pod wpływem działania antipyriny i jej pochodnych nie są jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Pogląd (*Gesslera* i *Meyera - Gottlieba*), że odpowiednio do składnika znieczulającego mamy tu do czynienia ze zjawiskami porażennymi, nie znalazł powszechnego uznania; w ostatnich latach bardzo ostro przeciwstawił mu się *Freund* (D. m. W. 1926, nr 38). *Freund* uważa gorączkę nie za skutek zwiększonego pobudzenia i wzmożonej pobudliwości, lecz za objaw porażenia układu regulującego gospodarkę cieplną; porażenie to prowadzi do zwolnienia zahamowania procesów przemiany materji, utrzymywanych w pewnych granicach w ośrodkach międzymóżdża. Wobec tego, że wszystkie środki przeciwgorączkowe są w większych dawkach jadami skurczowymi, *Freund* uznaje podwójny punkt uchwytu antipyrezy: pierwszy w ośrodku naczynioruchowym, wywołujący jak przy zwykłych środkach narkotycznych zwiększenie oddawania ciepła i drugi w wielkich ośrodkach przemiany materii, wzmagający jak przy jadach skurczowych działanie hamujące.



Novalgin

Salicylany, trzecia grupa środków przeciwgorączkowych, a przede wszystkim Aspirina i jej pochodne — nadają się doskonale zwłaszcza dla uśmierzania gorączki reumatycznej. Również i tutaj na plan pierwszy wysuwa się działanie przeciwbólowe. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdza się wyraźnie zwiększenie przemiany materii, tak że obniżenie gorączki należy uzależnić przede wszystkim od znacznego wzmożenia oddawania ciepła.

Oprócz wyżej wymienionych środków przeciwgorączkowych istnieje jeszcze liczny szereg innych leków również stosowanych dla celów antipyrezy. Są to przeważnie związki pochodne omówionych preparatów. Wymienimy tu przede wszystkim Gardan (Novalgina - Pyramidon), cieszący się wielkim uznaniem zwłaszcza w sanatoriach dla chorych płucnych.

Prof. dr E. VOGT, Szpital Brauna w Zwickau.

O PRZEDWCZESNYM ODŁĄCZENIU SIĘ ŁOŻYSKA.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 19).

Leczenie przedwczesnego odłączenia się łożyska było dawniej czysto zachowawcze. W ostatnich dziesiątkach lat postępowanie nasze stawało się coraz bardziej czynne, dzięki udoskonaleniu techniki chirurgii macicznej. Jednakże nauka nasza czyni stałe postępy i dzisiejsze leczenie przedwczesnego odłączenia się łożyska ma znowu charakter przeważnie zachowawczy. Stało się to możliwe dzięki nowym zdobyczom terapii, umożliwiającym znacznie lepsze niż dawniej leczenie krwawień następczych, które przy przedwczesnym odłączeniu łożyska grożą zawsze tak poważnym niebezpieczeństwem. Przy wyborze leczenia czynnego czy też zachowawczego, należy postępować ściśle indywidualnie. Preparaty przysadki mogą działać na macicę bardzo szybko, pod warunkiem, oczywiście, że posiada ona w ogóle jeszcze zdolności reagowania na bodźce; preparaty te wzmagają kurczliwość mięśnia macicznego i umożliwiają prawidłową czynność bólów następczych. Jako preparaty przysadkowe stosuje się domięśniowo Orasthinę słabą (3 jednostki Voegtlina), albo przy krwawieniu silniejszym natychmiast po urodzeniu dziecka domięśniowo Orasthinę mocną (10 jednostek Voegtlina). Jeżeli krwawienie nie ustaje albo nawet zwiększa się, wówczas wstrzykujemy ostrożnie i powoli 3 — 5 jednostek Orasthiny dożylnie. Jeżeli te zabiegi zawodzą, to pod kierunkiem ręki zewnętrznej wprowadzamy do jamy macicznej igłę długości 10 — 12 cm^8 i wstrzykujemy 5 — 10 jednostek Voegtlina Hypophysiny lub Orasthiny w przednią lub tylną ścianę macicy, zależnie od tego, czy macica znajduje się w przodozgięciu, tyłozgięciu lub też jest wyprostowana.

Po doprowadzeniu macicy za pomocą hormonu przysadki, działającego swoiście na mięsień maciczny, do stanu prawidłowej kurczliwości — staramy się

utrwalić ten pomyślny stan przez podawanie różnych wysokowartościowych preparatów sporyszu. W tym celu wstrzykujemy domięśniowo 0,5 — 1,0 cm^3 Gravitolu, Ergotaminy lub wyciągu sporyszowego. W przypadkach bardzo ciężkich dajemy początkowo dawki mniejsze, 0,5 — 0,7 cm^3, gdyż przy dawkach większych mogą, zwłaszcza przy znacznej anemii, wystąpić zaburzenia naczyniowe i objawy zatrucia sporyszem. Preparaty przysadki i sporyszu działają jednak skutecznie na hipotoniczną macicę tylko wtedy, jeżeli ew. znaczną utratę krwi jaknajprędzej wyrównać za pomocą przetoczenia krwi. Poza tym stosuje się również i inne środki fizyczne (np. worek z lodem), aby utrzymać macicę w stanie dobrej kurczliwości. W przypadkach bardzo ciężkich nie wolno zwlekać, lecz należy natychmiast przystąpić do właściwego zabiegu chirurgicznego na macicy. Jeżeli macica jest próżna, wstrzykuje się podczas zakładania szwu po prawej i po lewej linii cięcia preparaty przysadkowe w dawce 5 — 10 jednostek Voegtlina.

Dr L. G. MILLAR, Hellesdon Ment. Hosp. Norwich.

LECZENIE PADACZKI.

(Referat według Brit. Med. Journ. 1936 Nr. 3926).

10 epileptyków miało w r. 1934 w czasie od czerwca do listopada ogółem 575 „wielkich napadów“ (Epilepsia major). Po stopniowym zastąpieniu Luminalu przez Prominal stwierdzono u tych samych chorych w tym samym czasie w r. 1935 (od czerwca do listopada) przy leczeniu wyłącznie Prominalem już tylko 244 wielkie napady (oznacza to więc zmniejszenie się ilości napadów o 56,4%).

Przejście z Luminalu na Prominal odbywało się w ten sposób, że podczas pierwszych 4 lub 5 dni zastępowano 1/3 ogólnej dawki Luminalu leczniczo równowartościową dawką Prominalu (50% więcej); podczas następnych 4 lub 5 dni zastępowano 2/3 dawki ogólnej i wreszcie po 10 — 12 dniach Luminal odstawiano już zupełnie i chorzy otrzymywali wyłącznie Prominal. Trzej chorzy otrzymywali do maja 1935 brom w dawce 3 razy dziennie po 1,3 g, następnie jednak, poczynając od 1 czerwca, wszyscy pacjenci dostawali już tylko Prominal. Przeciętna dawka wynosiła początkowo 3 razy dziennie po 0,2 g, następnie dawkę zmniejszono do 2 razy dziennie, gdyż dawka ta wystarczała w zupełności, a poza tym była lepiej znoszona. Tę zredukowaną dawkę podawano do listopada 1935 r. Dwaj chorzy przy dawce 2 razy dziennie po 0,2 g nie mieli w ciągu 3 wzgl. 4 miesięcy ani jednego napadu, dwaj inni epileptycy nie dostali wcale napadów nawet w ciągu 5 wzgl. 6 miesięcy i to przy dawce wynoszącej zaledwie 0,2 g dziennie.

Idiosynkrazji, zaburzeń żołądkowych lub kiszkowych i wysypek skórnych nie stwierdzono przy stosowaniu Prominalu ani razu. Ciśnienie krwi obniżało się jedynie wtedy, gdy podawano dawki znacznie przekraczające dawki do-

zwolone. Na zdolności umysłowe Prominal żadnego ujemnego wpływu nie wywierał. Po odstawieniu Prominalu przechodzą 3 dni zanim może wystąpić pierwszy napad; dowodzi to, że preparat wydziela się z ustroju powoli; przy stosowaniu jednak dozwolonych dawek leczniczych objawów kumulacji można się nie obawiać. Poza nadzwyczajnym zmniejszeniem się ilości napadów autor stwierdza, że chorzy byli raźniejsi, żywsi i bardziej zadowoleni. Dzięki stosowaniu Prominalu epileptycy mogli wykonywać jakąś pożyteczną pracę, co poprzednio było zupełnie niemożliwe.

Dr CULLIAS, Kalymnos.

NIEZWYKŁE NADUŻYWANIE UPUSTÓW KRWI.

(Referat według Revue Therap. 1934, Nr. 7/8).

Na wyspie Kalymnos, posiadającej 20.000 mieszkańców, ludność nadużywa w niesłychany sposób stosowanie upustów krwi. Zabieg ten jest tam uważany za najskuteczniejszy środek dla leczenia wszelkich możliwych chorób. Każdą chorobę zakaźną leczy się przede wszystkim upustami krwi. Wśród ludności panuje przekonanie, że żadnej choroby, czy to zwykłego zaziębienia, czy gruźlicy płuc, nie można wyleczyć bez dokonania obfitego upustu. Epidemia dengi w roku 1928 przebiegała bez powikłań, lecz mimo to, gdy wzywano lekarza, wszystko już było zawczasu przygotowane do upustu krwi. Upust krwi ma jakoby obniżać gorączkę przy zimnicy. Uporczywe nerwobóle leczą sami pacjenci zapomocą puszczania krwi. Przy ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego stosuje się pijawki. Wylewy krwi nie mogą się wchłonąć bez miejscowego odjęcia krwi. Powszechnym uznaniem cieszą się pijawki przy dolegliwościach dnawych i cierpieniach stawowych. Skutki upustów krwi widzi się najwyraźniej u chorych dotkniętych gruźlicą płuc. Jeżeli wzywają nas do chorego z daleko posuniętą gruźlicą, to słyszy się poważne zarzuty przeciwko poprzedniemu lekarzowi, który już na samym początku choroby nie dokonał zapobiegawczo upustu krwi. Stosowanie upustów krwi w chorobach płucnych ma charakter wprost fanatyczny, to też pacjenci z przewlekłą gruźlicą płuc mają całe plecy pokryte bliznami po ciętych bańkach. Autor opisuje dwa przypadki, w których chorzy padli ofiarą tego niesłychanego nadużywania upustów krwi:

1) 18-letnia dziewczyna, chora na gruźlicę płuc. Już podczas pierwszej wizyty lekarskiej rodzina prosiła o dokonanie upustu krwi. Lekarz jednak od-

mówił stanowczo, udzielił odpowiednich wskazówek dietetycznych, zalecił leżenie w łóżku codziennie przez 3 — 6 godzin i zastosował dożylne wstrzykiwania wapnia. Po 15 dniach chora przestała gorączkować, czuła się znacznie lepiej, rokowanie wydało się pomyślne. W ciągu 2 miesięcy waga zwiększyła się o 1,5 kg, samopoczucie pacjentki i apetyt były dobre. Rodzina jednak uważała kurację za niedostateczną. Bez wiedzy lekarza dokonała znacznego upustu krwi z żyły. Stan chorej pogorszył się gwałtownie; po 2 tygodniach nastąpiło zejście śmiertelne.

2) 37-letni mężczyzna, chory na gruźlicę płuc. Wysoka gorączka. Po spadku gorączki dożylne wstrzykiwania wapnia. Dla „uspokojenia“ rodziny, że chorego leczy się w odpowiedni sposób, „życzliwe“ osoby dokonały kilkakrotnych upustów krwi. Po krótkim czasie chory zmarł.

Na szczególną uwagę zasługuje przy tym okoliczność, że w przypadkach, w których upust jest istotnie wskazany np. przy wysokim ciśnieniu tętniczym, przy krwotokach mózgowych, zatruciach, śpiączce wątrobowej, mocznicy, rzucawce porodowej itd. ludność nie stosuje go wcale. Nawet takie klasyczne wskazania jak obrzęk płuc i duszność przy zapaleniu płuc lub u chorych na serce, w których niezbędne jest natychmiastowe odciążenie krążenia zapomocą upustu, nie są na wyspie Kalymos, na której się tyle krwi niepotrzebne przelewa, dostatecznym wskazaniem medycyny ludowej do dokonania upustu.

Dr H. REPLOH. Zakład Higieny Uniwersytetu w Münster.

DZIAŁANIE OMNADINY W DOŚWIADCZENIACH NA ZWIERZĘTACH.

(Referat według Med. Welt 1936. Nr. 29).

Istnieje już kolosalne piśmiennictwo omawiające szczegółowo pomyślne działanie Omnadiny w różnych chorobach zakaźnych. *Oelrichs* i *Bieling* uzależniają skuteczność Omnadiny od aktywacji komórek fagocytarnych. Autor wykonał szereg badań doświadczalnych na królikach i myszach, które zakażał paciorkowcami. W pierwszej serii doświadczeń zakażano króliki stosunkowo złośliwym szczepem paciorkowców (1 cm^3 hodowli na bulionie z surowicą dożylnie). Jednemu królikowi na dzień przed zakażeniem i w dzień po zakażeniu wstrzyknięto domięśniowo po 2 cm^3 Omnadiny. Drugi królik Omnadiny nie otrzymał. Waga królika nie leczonego Omnadiną zmniejszała się bardzo szybko (z 2500 g na 1600 g) i w 25 dni po zakażeniu królik zdechł, podczas gdy zwierzę leczone Omnadiną nie straciło na wadze, przezwyciężyło zakażenie i pozostało przy życiu. W drugiej serii doświadczeń zakażano zwierzęta bardzo złośliwym szczepem paciorkowców. Zwierzę nie leczone zdechło już po 4 dniach (straciwszy na wadze 200 g), podczas gdy królik leczony

wstrzykiwaniami Omnadiny powrócił zupełnie do zdrowia. W trzeciej serii doświadczeń, wykonanych z innym, nieco mniej złośliwym szczepem paciorkowców, zwierzę nie leczone straciło na wadze 300 g, po czym jednak powoli się poprawiło. Waga królika leczonego Omnadiną obniżyła się zaledwie o 40 g, a powrót do poprzedniego stanu nastąpił bardzo szybko.

Pomyślne działanie Omnadiny stwierdzono doświadczalnie również na myszach zakażonych paciorkowcami lub pneumokokami. Poniższa tablica wykazuje, że działanie Omnadiny jest najpewniejsze, jeżeli ją wstrzyknąć przed zakażeniem:

Doświadczenie Nr.	Zakażenie	Omnadina	
1	paciorkowcami B	24 godz. przed zakażeniem	żyje
2	„	3 godz. przed zakażeniem	żyje
3	„	3 godz. przed i 3 godz. po zakażeniu	żyje
4	„	jednocześnie z zakażeniem	śmierć po 28 godz.
5	„	3 godz. po zakażeniu	śmierć po 48 godz.
6	„	6 godz. po zakażeniu	śmierć po 25 godz.
7 (kontrola)	„	—	
8	pneumokokami	24 godz. przed zakażeniem	żyje
9	„	jednocześnie z zakażeniem	śmierć po 26 godz.
10	„	6 godz. po zakażeniu	śmierć po 23 godz.
11	„	10 godz. po zakażeniu	śmierć po 25 godz.
12	„	24 godz. po zakażeniu	śmierć po 25 godz.
13	„	12 godz. i 24 godz. po zakażeniu	śmierć po 25 godz.
14 (kontrola)	„	—	

Przy badaniu wytwarzania się pod wpływem Omnadiny przeciwciał we krwi podczas zakażeń paciorkowcowych, rozcieńczano badaną surowicę w stosunku 1:2, 1:5, 1:10 i 1:20 i dodawano po 0,05 cm^3 bulionowej hodowli laseczników durowych. Natychmiast po dodaniu bakteryj oraz po 5 godzinach lub po 24 godzinach przebywania w cieplarce, wykonywano posiewy mieszaniny bakteryj z surowicą na płytkach agarowych. Po upływie 48 godzin obliczano ilość wyrosłych kolonij. Surowica zwierząt zakażonych paciorkowcami i leczonych Omnadiną wykazywała przeważnie zwiększone miano bakteriobójcze w stosunku do laseczników durowych. Ilość drobnoustrojów w surowicach zwierząt, które pozostawały pod wpływem Omnadiny, była wyraźnie mniejsza, co dowodzi zwiększenia się własności bakteriobójczych. Jednakże stwierdzono rów-

nież u jednego zwierzęcia, które Omnadiny nie otrzymało, po zakażeniu paciorkowcowym zwiększenie własności bakteriobójczych, które jednak już po kilku dniach znacznie osłabło.

Wpływ Omnadiny na aglutyniny badano na grupie królików, które przed 6 — 8 miesiącami uodporniono przeciw durowi brzusznemu. Przed 6 miesiącami miano aglutynacyjne wynosiło 12000 do 20000, następnie obniżyło się bardzo silnie. Po wstrzyknięciu 2 cm^3 Omnadiny stwierdzono ponowne wyraźne zwiększenie się miana.

Miano aglutynacyjne przeciw lasecznikom duru brzusznego.

Przed wstrzyknięciem Omnadiny.	Po wstrzyknięciu Omnadiny.
800 — 1600	6400
800	6400
800 — 1600	6400
800 — 1600	3200
800 — 1600	1600
1600 — 3200	6400

Pewien królik pomimo częstego wstrzykiwania laseczników okrężnicy nie wykazywał aglutynacji; po wstrzyknięciu 2 cm^3 Omnadiny stwierdzono miano aglutynacyjne 1 : 1600. Wzmożenie aglutynacji wywołane przez Omnadinę nie zwiększa jednak odporności zwierząt przeciw innym zakażeniom. Tak np. zakażono paciorkowcami 4 króliki, a mianowicie:

2 króliki uodpornione przeciw lasecznikom durowym,
1 królika uodpornionego przeciw lasecznikom okrężnicy,
1 królika kontrolnego.

W doświadczeniach tych nie udało się zwierząt uratować, pomimo że w przebiegu choroby ponownie wstrzyknięto Omnadinę. Zaledwie u jednego królika uodpornionego przeciw durowi nastąpiła po 2-gim wstrzyknięciu Omnadiny krótkotrwała poprawa i zwierzę zginęło dopiero po 14 dniach. Pozostałe 3 króliki straciły na wadze po 800 — 1200 g i zdechły po 6 — 10 dniach.

TERIAK.

Dr Adlung i dr Urdang (Grundriss d. Gesch. d. Deutsch. Pharm. 1935), dr A. Martin, Nauheim (Fortschr. Ther. 1928, Nr. 8), dr Peters (Aus pharm. Vorzeit 1886) i in.

Spośród środków leczniczych, które w ciągu długich stuleci cieszyły się wielkim uznaniem, największe rozpowszechnienie zdobył sobie już od czasów starożytnych preparat zwany teriakiem. Prawzorem teriaku była, prawdopodobnie, owa słynna uniwersalna odtrutka *Mitrydatesa* z Pontu (124 — 64 przed Chr.), mająca skutecznie leczyć wszelkie możliwe otrucia. *Andromachos*, lekarz przyboczny *Nerona*, dodał do odtrutki *Mitrydatesa* jeszcze mięso węża, uważając, że węże posiadają zapewne w swym ciele odtrutki przeciw swym własnym jadom. Pogląd ten wypowiada również *Oswald Croll* (1560 — 1609). Ze względu na to, że mięso węża było według *Andromachosa* głównym czynnym składnikiem odtrutki, nazwał on swój preparat tyriakiem lub teriakiem (od tyrus — wąż). Przepis wytwarzania teriaku był niesłychanie zawiły. Zwięzły wierszowany opis składników teriaku, wręczony *Neronowi*, liczył 174 wiersze. *Vindicianus*, lekarz przyboczny cesarza *Walentyniana* (370 po Chr.), również napisał wiersz o sposobie wytwarzania teriaku.

Skład teriaku był następujący: liczne związki pochodzenia zwierzęcego, następnie 6 jadów roślinnych i jeszcze 64 ingrediencje roślinne, z których część już sama przez się przedstawiała leki kombinowane. W Rzymie jedynie lekarze przyboczni cesarza mieli prawo wytwarzania teriaku. Według przepisu *Galena* gotowano żmije bez głów, ogonów i wnętrzności z koprem. Następnie usuwano ości i po dodaniu chleba wytwarzano pigułki. Takie były aż do 18-go wieku główne składniki teriaku. Miastem, które wytwarzało najwięcej teriaku i wysyłało go do całej niemal Europy, była Wenecja. Ze względu na częste przypadki fałszowania teriaku instrukcja aptekarska miasta Worms, ogłoszona w roku 1582, żąda, aby sprowadzano z krajów południowych wyłącznie żywe żmije oraz aby sam teriak posiadał stempel władz nadzorczych. *Ludwig von Hornick* oskarżył podczas 30-letniej wojny materialistów, dostarczających aptekarzom surowiec, że wytwarzali pigułki nie z mięsa żmij lecz z mięsa cielęcego. Pomimo zarządzonej kontroli władz wysoka cena teriaku skłaniała do nadużyć i oszustw. Jedna uncja, czyli 30 g, kosztowała w Wenecji w r. 1541 1 złotego guldena. *Bernhard Dessenius von Cronenberg* († 1574 w Kolonii) opisuje ogród żmij założony w Rzymie specjalnie dla celów dostarczania mięsa żmij, przeznaczonego do wytwarzania teriaku. W roku 1747 sprowadzono do Wenecji 2200 żmij.

Teriak był przede wszystkim środkiem leczniczym przeciw truciznom. Miał on nie dopuszczać trucizn do serca. Zażywanie teriaku wywoływało prawie zawsze obfite poty i to nawet wtedy, gdy nie wykonywano żadnych zabiegów napotnych, tak że wydaje się prawdopodobne, że początkowo stosowano teriak jako środek napotny. Właściwym środkiem ludowym nie był jednak prawdziwy teriak *Andromachosa*, gdyż ten był dla ogółu zbyt drogi; ludność



Sprzedawca teriaku pokazuje żmiję (Mitelli 1634—1718)

uboższa zadowalniała się deryakiem, który nie zawierał licznych ważnych składników teriaku. Jako jeden z dowodów wielkiej wartości oryginalnego teriaku przytaczają fakt, że rada miasta Magdeburga ofiarowała w roku 1377 cesarzowi *Karolowi VI* w dowód uznania szereg cennych darów, a wśród nich naczynie z teriakiem. W Kolonii urzędowy przepis z r. 1478 wymagał od aptekarzy, aby nie wytwarzali żadnego innego teriaku, a wyłącznie „Theriaca magna Galeni". W aptece zamkowej w Arnstadt istniał przepis (1580), aby oprócz teriaku augsburskiego i najlepszego teriaku weneckiego przechowywano zawsze na składzie również i gorsze gatunki teriaku dla bydła. W Wenecji już w roku 1258 prawo zwane Capitulare aromaticarum ustaliło obowiązujące zasady wytwarzania i sprzedaży teriaku.

W latach 1437, 1441, 1444 i 1480 ogłaszano przepisy karne przeciwko fałszowaniu teriaku. W roku 1402 *Zarroni de Rossi*, któremu udowodniono wytwarzanie teriaku bez rabarbaru, amonu, apoponaksu i krokusu oraz fałszowawanie również innych leków, został skazany na grzywnę pieniężną w kwocie 400 złotych guldenów, zniszczenie posiadanego marnego towaru i wydalenie z zawodu aptekarskiego. W Kolonii wydano w r. 1628 przepis, wymagający bezwarunkowo obecności lekarzy przy wytwarzaniu teriaku. *Simplicissimus* opisuje jednak (1668), że pomimo tych wszystkich ostrożności, świadome nadużycia były na porządku dziennym. Gdy pewien aptekarz w Norymberdze w r. 1690 przystępował do publicznego wytwarzania te-



Polowanie na żmije według miedziorytu z r. 1570

riaku, zaprosił on jako świadków dwóch wybitnych członków rady i dziekana, seniorów lekarskiego kolegium i wizytatorów aptek. W Hadze asystował przy wytwarzaniu teriaku nawet sam wysoki namiestnik. Aptekarz z Leydy, *Ludvicus la Gryve*, przystępując w roku 1615 do publicznego wytwarzania teriaku, zaprosił w pięknym łacińskim wierszu do asysty nawet cały senat miejski. Ostatnie publiczne wytwarzania teriaku odbywały się w XVIII wieku. Oprócz starego teriaku *Andromachosa* (lub *Galena*) zaczęły się stopniowo ukazywać w sprzedaży inne odmiany o znacznie zmienionym składzie. Niektóre spośród tych odmian zostały urzędownie uznane i zdobyły sobie wielkie uznanie. *Josephus Quercetanus (du Chesne)* zmienił częściowo recepturę klasycznego teriaku i podał nowy przepis „teriaku niebiańskiego". Inni zmieniali jeszcze więcej. Tak np. profesor *Baldinger* opisuje w roku 1792 Thieriaca coelestis reformata, wytworzone po raz pierwszy przez aptekarza *Greiffa* z Trybingi.



Publiczna inspekcja składników teriaku według Brunschwiga 1500

Szczególną postać „niebieńskiego teriaku" wytwarzał aptekarz i lekarz *Hoffstad* z Hanau. Stworzył on zawiłą mieszaninę teriaku *Mitrydatesa*, *Andromachosa* i jeszcze kilku bardzo skomplikowanych leków. Gdy *Hoffstad* przystąpił do przygotowywania swego środka po raz trzeci, wydał on specjalną książkę reklamującą jego cudowne lekarstwo, a ponadto kazał namalować wielki olejny obraz, przedstawiający wszystkie składniki teriaku. Obraz ten wisiał przez długie lata w aptece „Pod złotym Łabędziem" w Hanau, a obecnie znajduje się w muzeum tego miasta. Poprzednio zresztą już *Brunschwig* podał w swej książce „zu Destillieren die zusammengethone Ding" (1500) ilustrację, przedstawiającą wszystkie składniki teriaku.

Byłoby ciekawe stwierdzić, kto wytworzył po raz pierwszy teriak, zawierający obok środków galenowych również i związki chemiczne (Paracelsa), czyli połączył w jedną całość składniki uważane dotychczas za wrogie i nie dające się połączyć w jednej mieszaninie. *Martin* uważa, że połączenia tego dokonał *Quercelanus* (1521 — 1604), pierwszy wytwórca „teriaku niebiańskiego", gdyż teriak ten odpowiadał jego nauce. Według *Schelenza* farmakopea *Quercetanusa* stanowi jakby kompromis między poglądami *Galena* i starych klasyków a poglądami *Paracelsa*. Ostatnie publiczne wytworzenie teriaku odbyło się

w Norymberdze w aptece „Pod Kulą“ w r. 1754, a w Paryżu w r. 1790 *(Martin)*. W 1-ym wydaniu farmakopei niemieckiej (1872) teriak zawierał jeszcze 12 składników. Stara encyklopedia *Jöchera* (Quedlinburg 1843) pisze o teriaku co następuje:

„Teriak jest to środek leczniczy, cieszący się dawniej wielkim uznaniem, a obecnie prawie już zupełnie zapomniany. Jedynie w niektórych krajach stosuje się go jeszcze jako środek ludowy. Teriak wytwarzano dawniej głównie w Neapolu pod nadzorem odpowiednich władz. Według nowej farmakopei pruskiej w skład teriaku wchodzą: 6 uncji korzenia angielskiego, 4 uncje korzenia wężownicy wirgińskiej, po 2 uncje waleriany, cebuli morskiej, cynamonu, cytwaru, po jednej uncji witriolu żelazowego, goździków do przyprawy, karkadamonu, mirry i makowca rozpuszczonych w winie malaga. Wszystkie te składniki miesza się z 6 funtami odszumowanego miodu i wytwarza z nich teriak.



Szalbiercze zachwalanie „środków leczniczych“
Faber 1648

Spośród starych środków niemiecki teriak z roku 1872 zawiera już tylko makowiec i cebulę morską. Drugie wydanie farmakopei z roku 1882 teriaku już nie wymienia. We Francji i w Hiszpanii teriak znajdował się jeszcze w r. 1905 w urzędowym spisie leków i zawierał 56 wzgl. 67 składników. Pharmacopea hispanica z r. 1844 podaje jeszcze żmiję jako część składową teriaku, podczas gdy w Niemczech już 100 lat wcześniej (1784) tylko jeden wydział medyczny wymieniał w swym zbiorze Trochisci viperinarum.

Wypróbowane recepty

TRYPAFLAVIN

Rp. Trypaflavini 0,5
Saccharini 0,125
Glycerini 15,0
Aq. dest. . . . . . ad 500,0
S. Do płukania (przy anginie, zapaleniu dziąseł, zapaleniu śluzówki jamy ustnej, przy błonicy).

Rp. Trypaflavini 1,0
Gelatinae albae 15,0
Aq. dest. 50,0
Glycerini 15,0
Zinci oxyd. 10,0
Glycerini 15,0
Aq. dest. . . . q. s. ad 100,0
M. D. S. Trypaflavinowa pasta cynkowa do leczenia ran.

Rp. Trypaflavini . . . 2,0
Amyli
Zinci oxyd. crd. . . aa 20,0
Vasel. fl. . . . . ad 58,0
S. Pasta do leczenia ran.

Rp. Trypaflavini 1,0
Aq. dest. 29,0
Spiritus . . . . . ad 100,0
M. D. S. Do pendzlowania (przy pęcherzycy i pryszczycy)

Rp. Trypaflavini 0,6
Hydrarg. sulfur. rubr. . 0,3
Sulfur. praec. 3,0
Vasel. fl. . . . . . ad 30,0
M. f. ungt. S. Maść. (Wskazania: Eczema, Impetigo, Pyodermia, Sycosis barbae).

Rp. Trypaflavini 10,0
Glycerini 20,0
Spiritus . . . . . ad 100,0
S. Do pendzlowania (Trichophytia, Herpes tonsurans).

Rp. Trypaflavini 0,25
Aq. dest. . . . . . ad 100,0
S. Do wkraplania przy rzeżączce.

Rp. Trypaflavini 0,3
Aq. dest. . . . . ad 1000,0
S. Do przepłukiwań przy rzeżączce.



Swoisty środek leczniczy przy grypie i chorobach z zaziębienia

Gardan

Gardan nie tylko obniża gorączkę, lecz szybko przezwycięża istniejące w ustroju stany podrażnienia i zapalenia, dzięki czemu znacznie przyspiesza wyleczenie.

Gardan jest również doskonałym środkiem przeciwbólowym, który z powodzeniem uśmierza doraźnie bóle głowy i zębów i sprawia ulgę przy bolesnym miesiączkowaniu i dolegliwościach reumatycznych.

OPAKOWNIA ORYGINALNE:

rurki	*po 10*	*tabletek*	*à 0,5 g*	*zł*	*2.35*
flakony	*„ 25*	*„*	*„ 0,5 „*	*„*	*6.—*
opak. klin.	*„ 100*	*„*	*„ 0,5 „*	*„*	*19.40*



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Rozważania w sprawie leczenia róży.

Leczenie róży surowicą nie dawało zadowalających wyników. Przeciętny czas przebywania w szpitalu 17 chorych leczonych surowicą wynosił 12 dni. Naświetlania promieniami pozafioletowymi stosowano u 20 chorych: przeciętny czas przebywania w szpitalu był krótszy i wynosił 8 dni. Najlepsze wyniki lecznicze dawało stosowanie Prontosilu: gorączka ustępowała przeważnie już w 24 godziny po podaniu Prontosilu. Pacjenci zupełnie wyleczeni opuszczali szpital po 6 dniach. Leczenie polegało na podawaniu 6 tabletek à 0,3 g dziennie. Objawów nietolerancji nie obserwowano. Mocz zabarwia się pod wpływem Prontosilu na kolor żółto-czerwony.

Dr V. Anghelesco, dr Crivatz, dr J. Pascal i dr J. Lazaresco.
Hôp. Colentina (Bull. Mem. Soc. Med.). Hôp. Bucarest 1936, Nr. 1.

Leczenie czyraczności Prontosilem.

Pielęgniarka, lat 21, cierpi od kilku miesięcy na bardzo uporczywą czyraczność (kark, piersi, ramiona). Pomimo energicznego leczenia preparatami drożdżowymi i siarkowymi, dietą i zabiegami miejscowymi, występowały ciągle nowe czyraki. W październiku 1935 wystąpił czyrak na wardze dolnej z silnym nacieczeniem i obrzmieniem tkanek otaczających. Gorączka 39,5°, bóle głowy. Po wstrzyknięciu 2 cm³ Omnadiny i zażyciu 6 tabletek Prontosilu (w 3 dawkach) temperatura na drugi dzień obniżyła się do 38°. Obrzmienie i bóle głowy znacznie mniejsze. Na drugi dzień stan bezgorączkowy. Dalsze leczenie Prontosilem w dawkach 3 razy dziennie po 2 tabletki doprowadziło w ciągu następnych 7 dni do zupełnego wyleczenia wszystkich czyraków.

W styczniu 1936 r. 6 zastrzyków Prontosilu doprowadziło do szybkiego wyleczenia nawrotu czyraków na piersiach i karku. Od tego czasu nawrotów już nie było.

Dr H. Weiss, Bad Mergentheim.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 11).

Leczenie ropomoczu Prontosilem.

Autor zastosował Prontosil po raz pierwszy u pewnego 7-tygodniowego niemowlęcia z różą twarzy; pod wpływem Prontosilu gorączka szybko opadła i dziecko wyzdrowiało bez żadnych powikłań. Zachęcony pomyślnym działaniem preparatu autor zastosował ten nowy chemoterapeutyczny środek leczniczy u trojga dzieci cierpiących na ropomocz.

1. W. D. Wiek: 5 miesięcy. Od 6 tygodni gorączka przerywana, wahająca się od 38° do 40,5°. Dotychczasowe leczenie pozostawało zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Jako próbę wstępną zastosowano pierwszego dnia 3 razy po 1/3 tabletki Pronsilu per rectum. Przekonawszy się o dobrej tolerancji podano po 2 dniach znowu 3 razy po 1/3 tabletki w ciągu 2 kolejnych dni. Natychmiastowy lityczny spadek gorączki. W dalszym przebiegu wystąpiły jeszcze 2 nawroty gorączki, które za każdym razem udawało się doraźnie przerwać za pomocą podawania przez 2 dni 3 razy dziennie po 1/2 tabletki.

2. C. L. Wiek: 3 miesiące. Od 9 dni ropomocz z gorączką. Przez 3 dni 3 razy dziennie po 1/3 tabletki per rectum. Już w drugim dniu stosowania Prontosilu spadek gorączki i znaczna poprawa.

3. H. L. Wiek: 3 miesiące. Wysoka gorączka. W 8. dniu trwania gorączki zasto-

sowano Prontosil, który podawano per rectum przez 3 dni, w dawkach 3 razy dziennie po 1/3 tabletki. Wieczorem w pierwszym dniu leczenia Prontosilem gorączka dochodziła do 40,2°, wieczorem następnego dnia — 37°. Zupełne wyleczenie bez nawrotów.

U wszystkich trojga dzieci leukocyty i białko pomimo natychmiastowego spadku gorączki ustępowały dopiero nieco później, natomiast stan ogólny poprawiał się wyraźnie jednocześnie z obniżeniem się ciepłoty.

Dr H. Temmig, Dortmund.

(Kinderärztl. Praxis, 1935, Nr. 9).

Kilka uwag w sprawie wpływu wyciągów wątrobowych na węglowodanową przemianę materii.

Autor opisuje chorego z zaburzeniami tolerancji glukozy na podłożu coeliakii (choroba *Heubnera - Hertera*), „przewlekłej niestrawności kiszkowej bez steatorei", gruźlicy brzusznej i schorzeniach wątroby. Dożylne wstrzykiwania 2 cm³ Campolonu wpłynęły pomyślnie na zaburzenia tolerancji. Podobne działanie udało się osiągnąć również za pomocą doustnego podawania wyciągów wątrobowych.

Dwuletnia dziewczynka, chora na coeliakię. Leczenie Campolonem 3 razy w tygodniu po 2 cm³. Po 5 miesiącach nadzwyczajna poprawa kliniczna. Waga dziecka zwiększyła się z 7,5 do 13,6 kg, pomimo ustąpienia obrzęków.

Chory z cukrzycą i marskością wątroby. Sama insulina (4 jednostki) obniżała zawartość cukru we krwi naczczo z 270 na 254 mg%, czyli zaledwie o 16 mg%. Uprzednie zaś dożylne wstrzyknięcie Campolonu w roztworze soli kuchennej sprawiało, że ta sama dawka insuliny obniżała poziom cukru z 270 do 225 mg%, czyli o 45 mg%. Sam Campolon pozostawał zupełnie bez wpływu na poziom cukru we krwi. Podczas gdy przy marskości wątroby, przewlekłych zaburzeniach kiszkowych i innych schorzeniach brzusznych Campolon zbliżał przemianę węglowodanową do normy (krzywe tolerancji dożylnych wstrzykiwań glukozy), to inny czynny preparat wątroby sprowadzał poprawę zaledwie bardzo nieznaczną. Z powyższych spostrzeżeń autor wyciąga wniosek, że Campolon zawiera w sobie „kinazę insulinową", czyli czynnik wątroby, zwiększający tolerancję glukozy i wrażliwość na insulinę. Ilość tej kinazy w Campolonie jest większa niż w innych preparatach wątrobowych. Kinaza insulinowa nie jest identyczna z czynnikiem przeciwanemicznym *Castle'a*.

C. W. Ross, Birmingham.

(Lancet, 1936 Nr. 5897 str. 556.

Anemie doświadczalne jako miernik związków przeciwanemicznych.

Autor uważa anemię kolargolowo-saponinową królików jako probierz wartości leczniczej wyciągów wątrobowych stosowanych w postaci wstrzykiwań. Jako miernik działania wątroby autor przyjął nie przełom retikulocytów, lecz zwiększenie się ilości krwinek czerwonych. Zwierzętom wstrzykiwano coraz większe dawki różnych czynnych preparatów wątrobowych. Stwierdzono przy tym określony związek między ilością wstrzykniętej wątroby i przeciwanemiczną wartością powierzchniową (co odpowiada iloczynowi z przeciętnego zwiększenia się ilości krwinek i czasu działania).

Zwiększenie się ilości erytrocytów utrzymywało się, nawet po większych dawkach, nie dłużej niż 10 dni. Porównanie skuteczności różnych wyciągów wątrobowych jest możliwe tylko na tym samym zwierzęciu doświadczalnym. Najlepsze wyniki pod względem szybkości i zakresu poprawy dawały wstrzykiwania Campolonu.

P. Gottlebe, Zakł. Farm. w Królewcu.

(Arch. exp Path. u. Pharm. 1936, tom 182).

Samoistna hipoglikemia.

Samoistna hipoglikemia występuje zarówno po głodówce jak i po pożywieniu obfitującym w węglowodany jako skutek nieprawidłowej regulacji węglowodanowej przemiany materii, zwiększonego wytwarzania insuliny i ew. gruczolaka wysepkowego trzustki. Głównymi objawami samoistnej hipoglikemii są osłabienie, migrena, stany zamroczenia i napady podobne do padaczkowych.

W przypadkach czysto objawowych leczenie powinno uwzględniać chorobę podstawową; leczenie to może być bardzo proste i zwykle już niewielka zmiana diety wystarcza do usunięcia przykrych dolegliwości. Rozumie się przy tym samo przez się, że dodanie do diety węglowodanów często bywa postępowaniem nieodpowiednim i może nawet sprawę pogorszyć przez zwiększenie skłonności do napadów. Niektórych chorych chroni skutecznie przed napadami skreślenie z wieczornego posiłku łatwo wchłanialnych węglowodanów. U innych znowu zachodzi konieczność dokładnego opracowania szczegółowo ułożonej diety. Dla zwalczania grożących napadów chorzy zawsze powinni mieć pod ręką węglowodany, najlepiej pod postacią zwykłego cukru trzcinowego. W ciężkich stanach niezbędne jest częste przyjmowanie pokarmów węglowodanowych. Chory, opisany przez *R.Wildersa* (J. amer. Med. Assoc. 1927, str. 348), musiał dla ochrony przed stale grożącą mu śpiączką co godzinę spożywać cukier. W takich wyjątkowo ciężkich przypadkach należy myśleć o dokonaniu zabiegu chirurgicznego: *Harris* (Internat. Clin. 1932, str. 9) wyleczył swego pacjenta za pomocą resekcji trzustki, *Harnapp* zaś (Berl. Med. Ges. 19.II.1936) dokonał z powodzeniem wycięcia gruczolaka. Według *Harnappa* (Klinika Pediatryczna w Berlinie, D. M. W. 1936, nr 21) należy chorych, dotkniętych ciężkimi postaciami hiperinsulinizmu, utrzymywać na diecie zawierającej mało węglowodanów, jeżeli hipoglikemia występuje właśnie po pożywieniu węglowodanowym; lekko chorzy, z napadami porannej hipoglikemii, otrzymują rano pożywienie obfitujące w węglowodany. Wobec tego, że w przypadkach ciężkiej hipoglikemii przyczyną zaburzeń chorobowych mogą być nowotwory trzustki (gruczolaki), wskazane jest dokonanie próbnej laparotomii i ew. operacji.

Dr H. Marx,
Klin. Chor. Wewn. Charité w Berlinie.
(D. M. W. 1936, Nr. 21).

Domięśniowe stosowanie Salyrganu.

Od kilku lat stosuję Salyrgan prawie wyłącznie domięśniowo; wstrzykiwania Salyrganu stosuje się wszak głównie u chorych z niedomogą serca, u których wstrzykiwania dożylne natrafiają na pewne trudności techniczne już choćby z powodu zapadniętych przeważnie żył. Przy właściwej technice domięśniowe wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. Do pobrania Salyrganu z ampułki stosuje się inną igłę niż do wstrzyknięcia. Wstrzykiwać należy dłuższą igłą domięśniową, aby Salyrgan przeniknął istotnie głęboko do tkanki mięśniowej. Podczas ew. usuwania powietrza ze strzykawki (przed wstrzyknięciem) należy zwracać baczną uwagę, aby Salyrgan nie spływał po igle, gdyż uczyniłoby to poprzednią zmianę igły zupełnie iluzoryczną.

Wstrzykiwałem Salyrgan domięśniowo również dzieciom, które znosiły ten zabieg doskonale i nie skarżyły się na najmniejsze nawet bóle.

Zwykle wstrzykiwałem Salyrgan między krętarzem i grzebieniem kości biodrowej w linii pachowej, gdyż miejsce to nie styka się z podłożem ani przy leżeniu na grzbiecie ani przy leżeniu na brzuchu. Jeżeli to miejsce jest obrzmiałe, to należy uprzednio przez ucisk palcem usunąć obrzęk i dopiero wtedy wstrzyknąć głęboko do mięśni.

Jeżeli wskutek nieostrożnego wstrzyknięcia nieco Salyrganu przeniknie do tkanki podskórnej, to dotkliwe bóle, powstałe

w związku z tym nieudanym zabiegiem można złagodzić za pomocą zimnych okładów z płynu Burowa.

Dr Peschl, Hohenelbe.
(Ther. er. 1936, Nr. 10)

Spostrzeżenia nad leczeniem zapalenia otrzewnej po przedziurawieniach.

Przed rokiem 1932 autor po wytarciu wysięku przepłukiwał jamę brzuszną roztworem fizjologicznym soli kuchennej; wyniki ostateczne były przeważnie bardzo złe i śmiertelność wynosiła około 60%. Od roku 1932, gdy autor zaczął stosować przepłukiwania Rivanolem, ilość przypadków śmiertelnych zmniejszyła się. Było jednak jasne, że zwykłe wlewanie Rivanolu okaże się niedostatecznym, gdyż podczas szycia Rivanol wyciekał z powrotem.

Po wycięciu wyrostka oczyszczano jamę Douglasa jałowymi pasmami gazy i zaszywano, pozostawiając jedynie niewielki otwór otoczony gazą jodoformową. Przez ten otwór wlewa się gumową rurką 120 — 180 cm³ 1⁰/₀₀-owego roztworu Rivanolu. Z ogólnej liczby 67 chorych operowanych z powodu zapalenia otrzewnej zmarło 13. Przed wprowadzeniem powyżej opisanej nowej metody operowano 23 chorych, spośród których zmarło 10. Od roku 1932 autor na 44 operowanych pacjentów stracił tylko 3 (= 6,8%), co dowodzi w przekonywujący sposób wyższości stosowanego obecnie postępowania nad dawniejszymi metodami polegającymi na przepłukiwaniu.

Dr Szabó, Kisvárda.
(Orvosi Hetilap 1936 Nr. 14).

Choroba Bechterewa i jej leczenie.

Odpowiednio do istoty choroby Bechterewa autor leczył to uporczywe cierpienie sposobami zasadniczo stosowanymi w sprawach reumatycznych. Jako główny farmakologiczny środek leczniczy chorzy przyjmowali w ciągu długich miesięcy lub nawet lat Pyramidon w dużych dawkach, po 2 — 3 g dziennie. W przypadkach złej tolerancji doustnego stosowania Pyramidonu, autor podawał go w czopkach w dawkach 3 razy dziennie po 0,7 — 0,8 — 1 g. Działanie lecznicze Pyramidonu było w większości przypadków pomyślne; zwłaszcza dokuczliwe nocne bóle przeważnie szybko ustępowały albo stawały się znacznie słabsze i łatwiejsze do zniesienia.

Dr W. Krebs, Akwizgran.
(Med. Welt. 1936 Nr. 2).

Nowy środek dezynfekcyjny — Zephirol.

Autor wykonał szereg porównawczych badań, dotyczących własności bakteriobójczych Zephirolu i innych środków odkażających. Doświadczenia wykonane z gronkowcami złocistym, białym i cytrynowym, paciorkowcami hemolitycznymi i zieleniejącymi, enterokokami, laseczmikami okrężnicy, laseczmikami duru brzusznego i paratyfusu A i B, laseczmikami ropy błękitnej oraz wysuszonymi na jedwabnych nitkach zarodnikami wąglika, wykazały, że działanie Zephirolu przewyższa działanie innych środków dezynfekcyjnych, jak np. sublimatu, roztworu mydła krezolowego, fenolu, liquor formaldehydi saponatus itp. Preparaty formaldehydu działają wprawdzie dobrze na zarodniki, pozostają jednak prawie zupełnie bez wpływu na gronkowce i paciorkowce, wobec czego należałoby wykreślić te preparaty z listy środków odkażających, stosowanych dla celów dezynfekcji przez akuszerki. W obecności mydła działanie odkażające Zephirolu nieznacznie słabnie.

Dr Hornung. Inst. Hig. w Fryburgu w B.
(Zschr. f. Immunforsch. 1935, tom 84).

Znieczulenie miejscowe przy złamaniach.

Materiał kliniczny autora opiera się na 5910 przypadkach złamań, obserwowanych w ciągu ostatnich pięciu lat. Wstrzyknięcie Novocainy (1%) do krwiaka w sąsiedztwie końców złamanych kości umożliwiało pewną i łatwą repozycję. W pewnej części przypadków stosowano również uśpienie gazem rozweselającym (N_2O) lub eterem. Przy urazach mózgu (częste powikłania wypadków samochodowych) i głębokim wstrząsie należy stosować znieczulenie miejscowe. Ilość stosowanej Novocainy (1% w 0,5%-owym roztworze NaCl) wynosiła 5 — 50 cm³. Jednakże już po użyciu

25 cm³ należy chorego starannie obserwować ze względu na możliwość wystąpienia objawów toksycznych.

Dr E. D. Newell, Cattanooga - Tennessee.
(Surg. Gyn. Obst. 1936 tom 62).

Arteriografia jako metoda lecznicza.

Najlepszym środkiem kontrastowym dla celów arteriografii jest według autorów Per-Abrodil. Autorzy potwierdzają spostrzeżenia *Demla* i *Sgalitzera*, że Per-Abrodil może usunąć skurcze naczyniowe, będące przyczyną chromania przestankowego, zgorzeli itp. Dla osiągnięcia pomyślnego wyniku należy jednak wstrzykiwać preparat kilka razy bezpośrednio do tętnicy. Dotychczas odsłaniano w tym celu naczynie, *Klein* natomiast wstrzykuje przez skórę do tętnicy, np. do tętnicy udowej, 20 cm³ Per-Abrodilu pod pewnym ciśnieniem w ciągu 10 — 15 sekund. Zdjęcie rentgenowskie wykonywamy w drugiej połowie wstrzykiwania. U niektórych chorych ze skurczami naczyniowymi trzeba było dokonać aż 13 wstrzykiwań dotętniczych. Zabieg ten doprowadza w większości przypadków do zwiotczenia uporczywego skurczu i pozwala na uniknięcie amputacji kończyny. Wstrzyknięcie pozatętnicze, które zdarzyło się 2 razy, wywołuje silne bóle trwające 2 — 3 godziny, lecz nie pozostawia żadnych trwałych zaburzeń.

Dr Beutel i dr Klein,
Klinika Wewn. w Pradze.
(Med. Klin. 1936, Nr. 27).

Pantocaina w praktyce okulistycznej.

Autor już od 3 lat stosuje Pantocainę dla celów znieczulania w praktyce okulistycznej i na podstawie swego dużego doświadczenia uważa, że najlepsze rozcieńczenie stanowi 0,75%-owy roztwór Pantocainy; dla zmniejszenia wrażenia palenia, odczuwanego podczas wkraplania, najlepiej przyrządzać roztwór Pantocainy w soli fizjologicznej lub w izotonicznym roztworze glukozy. Opisywane przez niektórych autorów uszkodzenia rogówki powodowane są wyłącznie przez roztwory zbyt stężone. Bezpośrednią przyczyną tych uszkodzeń nie jest według autora szkodliwe działanie Pantocainy, lecz przede wszystkim zbyt długie znieczulenie rogówki, które skłania chorych do pocierania oka, co wywołuje uszkodzenie nabłonka. Pantocaina jest doskonałym środkiem znieczulającym dla tonometrii, gdyż nie zmienia wcale ciśnienia i szerokości źrenic. Dla celów tonometrii wpuszcza się 2 razy po 2 krople bezpośrednio na rogówkę z przerwą 3 minut. Następną zaletą roztworu Pantocainy jest jego trwałość, która czyni zbytecznym każdorazowe świeże przygotowanie roztworu. Objawów przyzwyczajenia, zdarzających się przy stosowaniu kokainy, nie obserwowano ani razu. Przy operacjach związanych z otwieraniem gałki ocznej, dawała szczególnie pomyślne wyniki mieszanina jednakowych ilości 4%-owej kokainy i 1%-owej Pantocainy.

Dr J. Brecher, Radauti.
(Clujul Med. 1936, Nr. 2).

Odczyn cytocholowy.

Odczyn cytocholowy dla serologicznego rozpoznawania kiły wykonywa się przy pomocy cholesterynowych wyciągów serc wołowych. Te wyciągi sercowe nazwano odpowiednio do ich własności szybkiego reagowania i znacznej zawartości cholesteryny wyciągami cytocholowymi.

Odczyn cytocholowy wykonywa się w sposób następujący:

Do jednej części wyciągu dodaje się szybko 2 części 3%-owego roztworu soli kuchennej i wstrząsa się mocno dla otrzymania dokładnej mieszaniny. Tę mieszaninę pozostawiamy w spokoju w ciepłocie pokojowej przez 5 minut. Następnie dodajemy powtórnie 9 części 3%-owego roztworu soli kuchennej. Przez krótki czas znowu wstrząsamy, aby odczynnik starannie zmieszać, po czym wyciąg jest gotowy do użytku i należy go natychmiast zastosować.

Odczyn wykonujemy w zwykłych probówkach szklanych, szerokości conajmniej 10 mm. Dawka surowicy potrzebna do wykonania reakcji wynosi 0,2 cm³; surowicę należy uprzednio unieczynnić przez półgodzinne ogrzewanie przy 55°. Do surowicy dodaje się jednakową ilość, czyli 0,2 cm³ rozcieńczonego wyciągu. W tym stosunku

1 : 1 można zastosować również połowę lub podwójną ilość surowicy i wyciągu.

Następnie probówki wstrząsa się szybko i mocno (ręką albo odpowiednim przyrządem) przez 3 minuty, albo też po mocnym krótkim wstrząsaniu pozostawia się je na 4 do 6 godzin, po czym znowu wstrząsa się energicznie. W dalszym ciągu badania dodajemy do probówki 1,0 cm^3 0,9%-owego roztworu soli kuchennej (przy zastosowaniu po 0,2 cm^3 surowicy i wyciągu; przy dawkach dwa razy mniejszych lub większych, dodaje się odpowiednio mniej lub więcej roztworu soli kuchennej).

Odczytanie wyniku odczynu odbywa się makroskopowo na podstawie stwierdzonego zmętnienia. Autor wykonywa odczyn, stosując 0,1 cm^3 surowicy chorego, do której dodaje 0,1 cm^3 wyciągu cytocholowego, dwunastokrotnie rozcieńczonego przez dwurazowe dodanie 3%-owego roztworu soli kuchennej; po starannym zmieszaniu wstrząsa się zamiast przez 3 minuty tylko 1 minutę. Nawet 0,05 cm^3 surowicy dają przy tej czułej metodzie wyniki łatwe do odczytania. Również przy ilościowym badaniu kiły ta nowa modyfikacja daje dodatnie wyniki nawet w rozcieńczeniach, które przy innych metodach już nie reagują. Zahamowania nadmiernego, które by mogło dać fałszywe wyniki, odczyn cytocholowy nigdy nie daje. Odczyn *Meinickiego* i odczyn cytocholowy dawały stosunkowo jednakowe wyniki, jednakże przy odczynie cytocholowym wyraźne silne zmętnienia występowały częściej.

Dr R. Schmiemann.
(Zakł. Dośw. Bad. Raka w Heidelbergu).
(Ztchr. Immun, Forschg. 1934, tom 84).

Przyczynek do leczenia nieswoistego zapalenia cewki moczowej.

Skuteczne leczenie tego cierpienia stanowi zadanie bardzo trudne nawet dla najbardziej doświadczonych terapeutów. Ilość proponowanych i stosowanych leków jest bardzo duża. Powszechnie osiągane pomyślne wyniki leczenia Deveganem różnych postaci upławów przy nieżytach szyjki macicznej i pochwy, a zwłaszcza przy nieżytach pochwy wywołanych przez zakażenie trichomonadami, skłoniły autora do wypróbowania tego preparatu w pewnym przypadku bardzo uporczywego niegonokokowego zapalenia cewki moczowej. Sprawa dotyczyła 23-letniego mężczyzny, który nigdy na rzeżączkę nie chorował. Od kilku lat utrzymywał się obfity wyciek, który zmieniał wprawdzie okresowo swe natężenie, ale nigdy nie ustępował zupełnie. Podmiotowo pacjent skarżył się na palenie i swędzenie w cewce moczowej. Wielokrotnie powtarzane badania na obecność gonokoków zawsze dawały wyniki ujemne. Mocz bez zmian chorobowych. W wydzielinie leukocyty, mieszana flora bakteryjna, śluz. Endoskopowo powierzchowne zapalenie błony śluzowej. Zwykłe leczenie za pomocą powszechnie stosowanych środków, przeprowadzane konsekwentnie w ciągu kilku miesięcy z zabiegami endoskopowymi, nie dało żadnych wyraźniejszych wyników. Podczas leczenia wyciek wprawdzie się zmniejszał, jednakże po krótkim zaprzestaniu kuracji natychmiast powracał w niezmienionym natężeniu. Wówczas zwróciliśmy się na podstawie analogii do Deveganu. Zaleciliśmy stosowanie 3 razy dziennie miejscowych wstrzykiwań i zatrzymywanie środka w ciągu 10 minut. Do jednego wstrzyknięcia przygotowywano zawiesinę z 1 tabletki w 12 — 15 cm^3 letniej wody. Wstrzykiwania wykonywał pacjent sam za pomocą zwykłej strzykawki Neissera. Kurację tę stosowano bez zmiany przez 5 tygodni. Tolerancja wstrzykiwań Deveganu była doskonała, nie wywoływały one żadnych przykrych objawów ubocznych i chory znosił je bardzo dobrze. Na uwagę zasługuje między innymi czystość metody, która wcale nie brudzi bielizny, czego nie można powiedzieć o stosowanych często w takich przypadkach barwnikach akrydynowych. Już mniej więcej po 10 dniach wyciek z cewki ustał prawie zupełnie. Pod koniec kuracji chory nie odczuwał już żadnych dolegliwości i uważał się za zupełnie wyleczonego. Dobry stan utrzymuje się bez zmiany już przeszło 6 miesięcy. Zdajemy sobie doskonale sprawę, że obserwacja jednego przypadku nie upoważnia do wyciągnięcia żadnych dalej idących wniosków, pozwalamy sobie jednak

opisać powyższy przypadek, gdyż wiemy, jak trudne jest leczenie takich uporczywych nieżytów cewki moczowej, odpornych na wszelkie nasze zabiegi terapeutyczne. W przypadkach takich, w których zawsze musimy próbować i zmieniać większą ilość środków, uważamy za wskazane wypróbowanie również i Deveganu.

Dr M. Fellner, Wiedeń.

(Ther. Ber. 1936, Nr. 7—8).

Teocyna przy obrzękach sercowych.

Theophylina (teocyna) jest najskuteczniejszym ksantynowym środkiem moczopędnym. Wywołuje ona coprawda niewielkie zaburzenia żołądkowe (mdłości), lecz okazało się, że wszystkie inne środki moczopędne, wywołujące mniejsze objawy uboczne, mają także znacznie słabsze działanie moczopędne. Ksantynowe środki moczopędne należy stosować po uprzednim podaniu naparstnicy i przed rtęciowymi środkami moczopędnymi. Na uwagę zasługuje lepsze działanie związków ksantynowych przy nadciśnieniu i miażdżycowych chorobach sercowych; w przypadkach reumatycznych cierpień sercowych działanie preparatów ksantynowych jest słabsze.

Dr J. E. Wood, Virginia Med. School.

(Northwest Med. 1936, Nr. 35).

Leczenie fosfaturii i bakteriurii.

Autor leczył wstrzykiwaniami Solu-Salvarsanu 11 chorych cierpiących na fosfaturię i 5 dotkniętych bakteriurią. U pacjentów z fosfaturią (prawie wszyscy neurastenicy) mocz już po pierwszym wstrzyknięciu 2 cm³ Solu-Salvarsanu stał się prawie zupełnie przezroczysty, jednocześnie i stan ogólny chorych zaczął się poprawiać. Całość kuracji składa się z 8 — 10 domięśniowych wstrzykiwań Solu-Salvarsanu po 2 cm³ co 4 dni. Po ukończeniu tej serii wstrzykiwań można już było uważać pacjentów za wyleczonych. Wyniki leczenia bakteriurii (zakażenia gronkowcami, lasecznikami okrężnicy) były również pomyślne, jednak nie tak doskonałe jak wyniki leczenia fosfaturii, gdyż niektórzy chorzy byli odporni na działanie preparatu.

Dr Quintana.

(Rev. Confer. Med. Hosp. 1935 Nr. 2).

Evipan - Natrium.

Spostrzeżenia moje nad stosowaniem dożylnego uśpienia evipanowego opierają się na obserwacji 30 przypadków z praktyki ginekologicznej, położniczej i chirurgicznej. Przebieg narkozy był we wszystkich przypadkach doskonały. Sprawa dotyczyła głównie zabiegów przy porodach i poronieniach, np. porodów kleszczowych, obrotu wewnętrznego z następczym wydobyciem ręcznym, szycia głębokich pęknięć krocza, ręcznego odłączenia łożyska, operacyjnego zakończenia po porodach. Dla wykonania tych zabiegów potrzeba było przeważnie 10 cm³ Evipan-Natr., pod warunkiem oczywiście, że pacjentki były mocnej budowy. Przy zabiegach w dziedzinie małej chirurgii, jak otwieranie ropni, usuwanie niewielkich guzów, przeważnie wystarczało 5 cm³. W przypadkach takich uśpienie trwało 10 — 15 minut, po wstrzyknięciu zaś 10 cm³ Evipanu-Natrium czas narkozy wynosił przeważnie 20 — 25 minut. Rozstrzygające znaczenie ma technika wstrzykiwania. Należy bezwarunkowo przestrzegać dwu następujących przepisów.

1. Rozpuszczenie preparatu w przekroplonej wodzie powinno być zupełne i równomierne.

2. Samo wstrzykiwanie należy dokonywać nadzwyczaj powoli. 10 cm³ wstrzykuje

się w ciągu 4—5 minut, mniejsze dawki roztworu w czasie odpowiednio krótszym. Przy takim wolnym wstrzykiwaniu nie należy się obawiać jakichkolwiek objawów podniecenia ani żadnych przykrych powikłań. Przy szybszym wstrzykiwaniu może natomiast wystąpić okres silnego podniecenia oraz wymioty.

Głębokość uśpienia była zupełnie wystarczająca. Po narkozie pacjenci zawsze donosili, że nic nie wiedzą o przebytej operacji i że nie odczuwali żadnego bólu. Tolerancja preparatu była doskonała. Pacjenci zapadali po narkozie przeważnie w głęboki sen. Jeszcze w dwie godziny po uśpieniu chorzy doznawali wrażenia jakby zmęczenia i chodzili niepewnie; w związku z tym chorzy po operacji w uśpieniu evipanowym, dokonanej ambulatoryjnie w gabinecie lekarza, nie mogą odrazu udawać się do domu, lecz powinni przez kilka godzin odpoczywać w pozycji leżącej.

Dr Sander, Lichtenstein - Callnberg.

(Ther. Ber. 1936 Nr. 10).

Przyczynek do leczenia duru brzusznego.

Autor obserwował w Atenach niewielką epidemię duru brzusznego. Leczenie chorych polegało na bodźcowej proteinoterapii w postaci wstrzykiwania mleka oraz na doustnym podawaniu Trypaflaviny z kwasem mlecznym, według następującego przepisu:

Trypaflavini	0,2
Acidi lactici	2,0
Tincturae amarae	10,0
Aq. dest.	ad 200,0

D. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej w wodzie lub limoniadzie.

Wstrzykiwania mleka stosowano co 3 dni. Po drugim lub po trzecim wstrzyknięciu stwierdzano wyraźną poprawę. Rekonwalescencja rozpoczyna się przeważnie już na początku trzeciego tygodnia. Poza tym przy bardzo wysokiej gorączce stosowano na początku choroby kąpiele oraz środki wzmacniające serce. Dieta była płynna: limoniady, buliony jarzynowe, rozcieńczone mleko. Działanie omawianego leczenia było tym lepsze, im wcześniej je rozpoczynano.

Dr Jerzy Hadjimanolphis, Ateny.

(Praktikos Yatros 1934—I).

Występowanie miesiączkowania, konstytucja i poród.

Autor uważa, że pora wystąpienia pierwszego miesiączkowania ma wielkie znaczenie konstytucjonalne i że z daty wystąpienia pierwszego periodu można wyciągnąć daleko idące wnioski o zdolności rozrodczej kobiety. W rozważaniach swych autor opiera się na statystyce obejmującej materiał 1115 porodów. Statystyka ta wykazała, że zarówno przy przedwczesnym jak i przy spóźnionym wystąpieniu pierwszego miesiączkowania należy się liczyć z większym odsetkiem patologicznych porodów niż przy prawidłowym wystąpieniu miesiączkowania. Stwierdzono przy tym charakterystyczne różnice między powikłaniami u kobiet z wczesnym lub późnym wystąpieniem miesiączkowania. Przy przedwczesnym wystąpieniu periodów zachodzą trudności ze strony części miękkich; autor znalazł w takich przypadkach znacznie więcej pęknięć krocza i episiotomii. Kobiety z późnym wystąpieniem miesiączkowania wykazują skłonność raczej do trudności porodowych ze strony układu kostnego; ilość cięć cesarskich była tu znacznie większa niż w przypadkach z wczesnym miesiączkowaniem. Za przyczynę tych zaburzeń przy wczesnym miesiączkowaniu uważa autor nieharmonijny rozwój na koszt części miękkich. Przy późnym wystąpieniu periodów prowadzi brak w odpowiedniej chwili hormonalnego kierowania rozwojem kośćca do patologicznego zaburzenia w budowie szkieletu (miednica ogólnie zwężona).

Dr Weysser, Pforzheim.

(Zbl. Gyn. 1936, Nr. 13)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.